# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)
Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nos amis**

Nous sommes heureux de constater que l'*Académie de Médecine*, a décerné plusieurs récompenses à des amis de la *Gazette*; M. le Dr Renon, agrégé, le Dr J.-L. Faure, agrégé, M. le Dr Pariset (de Vichy), MM. Ameuille et Parturier, interne des hôpitaux, le Dr Chervin, le Dr Chatin (d'Uriage).

Des médailles des eaux minérales ont été décernées aux Drs Bardet, Fleig et Maurice Binet de Saint-Honoré.

A tous nos amis les cordiales félicitations de la *Gazette*.

**Les médecins de la Seine.**

L'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine a eu lieu le 21 novembre.

Elle a approuvé le traité d'arbitrage passé à titre d'essai avec les Compagnies d'assurances pour le règlement des honoraires d'accidents du travail, et nommé une Commission composée de MM. Helme, Dausset et Laisme qui devra étudier, de concert avec l'Union des Syndicats médicaux, l'établissement d'un traité d'arbitrage type pouvant être adopté par tous les Syndicats dans des conditions absolues de dignité et de sécurité.

Le relèvement des honoraires a été décidé à partir du 1er janvier.

**Prix d'Hygiène**

La Société Française d'Hygiène sur la proposition de son Président honoraire M. E. Cacheux met au Concours cette année la question de l'Eau.

« *Fourniture d'eau potable aux habitants des maisons individuelles. — Evacuation des eaux usées et des vidanges produites dans une petite propriété.* »

Plusieurs prix dont une médaille de vermeil offerte par M. Cacheux seront affectés aux Lauréats.

Les mémoires devront être inédits, écrits en français et ne pas dépasser 36 pages in-8°.

Ils devront être adressés *sous forme académique* avant le 1er novembre 1910 — dernier délai — au Siège Social de la Société, 28, rue Serpente, Paris.

**Mutations dans les hôpitaux**

Les Drs Rénon, *à Necker*; Oulmont, *à Beaujon*; Légry, *la Charité*; Darier, *à Saint-Louis*; Fournier, *à Cochin-Annexe*; Josué, *à Debrousse*; Apert, *à Andral*; Belin, *la Charité*; Hudelo, *à Broca*; Enriquez, *à la Pitié*; Claude, *à Saint-Antoine*; Macaigne, *à Tenon*; Bezoé, *à Sainte-Périne*; Labbé, *à Dubois*.

**Société de Médecine légale de France.**

*Composition du bureau pour 1910*: M. le Dr Valon, *président*; M. le conseiller Dubost, et M. le Dr Thoinot, *vice-présidents*; M. Charles Constant, avocat à la Cour d'appel, *secrétaire général*; MM. les Drs Briand et Granjux, *secrétaires*; M. le Dr Lebrun, *trésorier*; M. le Dr G. Brouardel, *archiviste*.

**Le Service de Santé.**

*Ministère de la guerre*: méd.-inspecteur Février.

Gouvernement militaire de Paris : médecin-inspecteur Calmette.

1er corps (Lille) : médecin-inspecteur, Mareschal.
2e corps (Amiens) : méd.-princ. 1re cl., Lèques.
3e corps (Rouen) : médecin-inspecteur, Martin.
4e corps (Le Mans) : méd.-princ. 1re cl., Richard.
5e corps (Orléans) : méd.-princ. 1re cl. Grivet.
6e corps (Châlons-sur-Marne) : méd.-insp., Antony.
7e corps (Besançon) : médecin-inspecteur, Moine.
8e corps (Bourges) : méd.-princ. 1re cl., Dziewonski.
9e corps (Tours) : méd.-princ. 1re cl., Barois.
10e corps (Rennes) : méd.-princ. 1re cl., Hassenet.
11e corps (Nantes) : méd.-princ. 1re cl., Renault.
12e corps (Limoges) : méd.-princ. 1re cl., Gerbault.
13e corps (Clermont-Ferrand) : méd.-insp. Hocquard.
14e corps (Lyon) : médecin-inspecteur, Nimier.
15e corps (Marseille) : médecin-inspecteur, Trifaud.
16e corps (Montpellier) : méd.-insp., Coinenne.
17e corps (Toulouse) : méd.-princ. 1re cl., Landriau.
18e corps (Bordeaux) : méd.-insp., Fourniè.
19e corps (Alger) : médecin-inspecteur, Pitot.
20e corps (Nancy) : méd.-princ. 1re cl., Schneider.
Division d'Alger : méd.-princ. 1re cl., Laffillé.
Division de Constantine : méd.-princ., 1re classe Lambert.
Division d'Oran : méd.-princ. 1re cl., Béchard.
Division de Tunisie : méd.-princ. 1re cl., Bassompierre.

**Prix à décerner par la Société Nationale de Médecine de Lyon.**

1° Un prix annuel de 100 francs est décerné à l'interne des Hôpitaux qui aura fait les meilleurs présentations dans l'année scolaire, de novembre à juillet inclus.

2° La Société décerne tous les deux ans un prix de 400 francs (qui pourra être partagé) sur un sujet de médecine, chirurgie ou accouchements.

Les prix décernés portent le nom du donateur.

Le prochain prix de 400 francs (prix Rieux) sera décerné dans la première séance de janvier 1911.

Le sujet de médecine proposé est le suivant :

« La chlorose doit-elle continuer à être envisagée comme une anémie primitive et protopathique ? »

Les mémoires devront être remis au secrétaire général, au plus tard le 31 octobre 1910.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Barjon, secrétaire général de la Société.

**Congrès international de biologie et d'électricité.**

Ce Congrès, auquel sont conviés biologistes et physiciens, aura lieu à Bruxelles, du 13 au 15 septembre 1910. L'un de ses buts principaux sera d'unifier les notations, de préciser les méthodes de mesures en radiothérapie et en radiumthérapie (choix de types de cellules, etc.) de façon à rendre toujours plus comparables les résultats des expériences biologiques. Les travaux du Congrès sont répartis entre trois sections, dont l'une s'occupera de la terminologie et de la radiométrie, et les deux autres des sciences physiques et biologiques. La section biologique comprendra la biologie proprement dite (action des radiations sur les organismes), le radio-diagnostic et la radiothérapie. Une exposition d'appareils sera annexée au Congrès. Seront membres du Congrès et en recevront seuls les publications : 1° Les délégués des administrations publiques belges et les délégués des gouvernements étrangers; 2° les donateurs qui auront versé 100 francs au moins; 3° les personnes qui auront versé 20 francs. Les femmes des congressistes, ainsi que leurs enfants, non mariés, peuvent s'inscrire comme associés, la cotisation étant réduite à 10 francs. La même faculté est réservée aux étudiants. Les membres du Congrès, ainsi que les associés, auront seuls le droit de participer à ses travaux et d'assister aux séances, excursions, etc. Les adhérents recevront l'intégralité des publications qui paraîtront, tant avant le Congrès qu'après la session. Sur la présentation de leur carte, les membres entreront gratuitement à l'exposition de Bruxelles. Prière d'adresser les adhésions et demandes de renseignements et communications relatives à la section biologique à M. le docteur Du Bois, privat-docent à l'Université de Genève, secrétaire du Comité suisse de propagande, 4, rue Saint-Léger, Genève.

# Recherches sur la Diarrhée des Nourrissons

Par M. Elie METCHNIKOFF
de l'Institut Pasteur
Associé national de l'Académie de médecine

Nos recherches sur le rôle de la flore intestinale dans le vieillissement précoce, nous ont amené à étudier les gastro-entérites aiguës des nourrissons. — Les microbes qui peuplent le tube digestif de l'homme adulte, étant très nombreux et très variés, demandent des recherches de longue haleine. La flore intestinale des nourrissons, beaucoup moins complexe, se prête mieux à l'étude. Arrivé à ce résultat que cette flore ne joue aucun rôle sérieux dans les phénomènes physiologiques de la nutrition, nous pensons qu'elle a une très grande part dans les processus pathologiques. Et ceci non seulement dans les maladies du tube digestif, mais aussi dans les troubles des échanges nutritifs et dans diverses affections, telles que maladies du système nerveux, de la peau, des reins et bien d'autres encore.

En dehors de l'intérêt général de cette étude, les gastro-entérites aiguës des nourrissons présentent encore une importance considérable par leur fréquence et leur gravité. Dans les pays les plus civilisés où la mortalité a diminué en forte proportion ou bien où elle accuse une tendance progressive vers cette diminution, il devient urgent d'abaisser autant que possible la mortalité.

D'après le Bulletin hebdomadaire de statistique municipale, il est mort à Paris, dans les dix premiers mois de l'année courante, de diarrhée et entérite, 1.210 nourrissons au-dessous d'un an, dont 229 nourris au sein. Et encore, cet été ayant été assez frais, la mortalité s'est trouvée relativement faible. L'étiologie d'une maladie qui fait tant de victimes présente nécessairement un intérêt plus que théorique.

Après la découverte du microbe du choléra asiatique, on avait le droit de penser que l'étiologie des autres maladies du tube digestif serait tout aussi facile à établir. Aussi s'est-on mis avec beaucoup de zèle à rechercher le microbe des diarrhées des nourrissons. On a incriminé à tour de rôle plusieurs habitants des intestins, tels que colibacille, streptocoques, bacille pyocyanique, proteus et autres, mais en fin de compte beaucoup de chercheurs se sont détournés de la bactériologie et ont déclaré que la majorité des diarrhées infantiles ne sont pas de nature infectieuse, que ce sont des intoxications alimentaires, ou encore des cas d'insolation, provoqués par la chaleur de l'été.

Pour avancer la solution du problème, il est devenu nécessaire de se placer sur le terrain de la science expérimentale. La voie a été tracée il y a plus de quinze ans, lorsque j'ai réussi à provoquer le choléra asiatique chez des lapins nourris à la mamelle. Nous avons constaté que ces petits animaux après avoir absorbé un peu de déjections provenant d'enfants atteints de gastro-entérite aiguë, contractent une diarrhée souvent mortelle. Cette maladie présente la plus grande analogie avec le choléra intestinal que l'on provoque chez les petits lapins avec le vibrion cholérique ingéré soit seul, soit associé à des microbes favorisants. Dans les deux cas, il s'agit d'une entérite avec congestion de l'intestin grêle, et d'une accumulation de liquide diarrhéique dans le cæcum. Dans une expérience, dans laquelle six lapins à la mamelle ont absorbé par la bouche un peu de déjections liquides verdâtres d'un enfant de quatre mois, atteint de choléra infantile mortel, tous ont pris la maladie typique. Trois d'entre eux sont morts, tandis que les trois autres ont fini par guérir définitivement.

Bien que le choléra infantile expérimental des petits lapins nous ait fourni la preuve que cette maladie est une véritable maladie infectieuse, nous avons cherché à appuyer cette thèse par quelque autre preuve démonstrative. Nous aurions bien voulu expérimenter sur de petits singes nourris à la mamelle, mais nos tentatives pour nous procurer de ces animaux n'ont pas abouti jusqu'à ce jour. Nous avons donc été obligé de recourir à des singes plus agés, déjà nourris avec des aliments de nature végétale. Les plus petits macaques et cynocéphales que nous ayons eus à notre disposition, se sont cependant montrés réfractaires aux diarrhées des nourrissons. Il n'y a que les tout jeunes chimpanzés qui nous aient donné de meilleurs résultats.

Le plus petit des chimpanzés qui soit passé entre nos mains, un animal ne pesant que trois kilogrammes, nourri avec des bananes et se trouvant en bonne santé, sans trace de diarrhée, a reçu et avalé un peu de déjections diarrhéiques vertes d'une fillette agée de six mois et atteinte de gastro-entérite aiguë. Le lendemain le chimpanzé a été pris brusquement d'une forte diarrhée très liquide, qui dura en tout presque quatre semaines. Il est à remarquer que les selles de ce singe ont présenté les mêmes caractères que celles de l'enfant : les unes et les autres se distinguaient par une grande abondance de leucocytes polynucléés.

Le chimpanzé, ainsi que la fillette qui lui a fourni le matériel infectieux, ont guéri tous les deux. Les matières fécales dans la suite ont perdu leur caractère inflammatoire et sont devenues simplement diarrhéiques.

Un second chimpanzé jeune, qui pesait près de 5 kilogrammes (4.800 gr.), a avalé un peu de matières diarrhéiques du premier chimpanzé. De même que celui-ci, il a été pris de diarrhée le lendemain ; cette diarrhée a duré dix jours. Deux autres chimpanzés encore jeunes, quoique plus agés et plus grands que les deux premiers, ont reçu par la bouche un peu de déjections diarrhéiques de la même fillette malade. Un des deux, le moins gros, a été pris, le lendemain de l'absorption des matières fécales, de diarrhée liquide, guérie après huit jours. Le quatrième chimpanzé est resté normal pendant dix jours, après quoi il a été pris subitement de diarrhée très liquide, qui ne dura qu'un jour. Etant donné le long intervalle entre la prise des matières fécales et l'éclosion de la diarrhée, il n'est pas possible de voir dans ce cas l'effet de la contagion par le virus de la gastro-entérite infantile. Mais les trois autres chimpanzés, chez lesquels la diarrhée éclata le lendemain de l'absorption des matières, doivent être considérés comme ayant pris la diarrhée de la fillette.

Les expériences sur les petits lapins, de même que les expériences sur les chimpanzés, ne laissent aucun doute sur la nature infectieuse des diarrhées des nourrissons. Puisque l'alimentation de ces animaux ne se distinguait en rien de la normale, il faut en conclure que l'alimentation ne doit point être considérée comme le facteur prépondérant.

L'influence d'une température inaccoutumée doit être également exclue, d'abord parce que les expériences que je relate ont été faites en septembre, par une température modérée, et ensuite parce que les chimpanzés sont naturellement adaptés à supporter de fortes chaleurs.

La nature infectieuse des gastro-entérites des nourrissons une fois établie, il a fallu nécessairement rechercher l'agent qui les cause.

L'étude des matières fécales des enfants atteints de cette affection nous a appris que ce sont notamment les microbes qui ne se colorent pas par la méthode de Gram qui accusent une grande augmentation. Notre première supposition a été que le rôle prédominant était peut-être joué par les bacilles paratyphiques : mais bientôt nous nous assurâmes que ce n'était point le cas. Nous étions au contraire frappé par la constance et l'abondance du bacille Proteus dans les selles des nourrissons malades. Tandis que ce microbe ne se trouve généralement pas à l'état normal, nous l'avons retrouvé dans 36 cas sur les 40 enfants malades que nous avons étudiés. Ensemencées par piqûre en gélatine, leurs matières fécales, dès le lendemain, donnaient un fort développement du Proteus. Nous nous sommes souvenu que déjà, depuis un certain nombre d'années, en avait incriminé ce microbe comme une des causes des diarrhées infantiles. C'est ainsi que Booker à Baltimore, et Brudzinski à Gratz, l'ont trouvé chez des enfants atteints de cette maladie. Ils ont supposé que c'était lui qui dans leur cas devait être considéré comme agent spécifique ; seulement Booker admit que le colibacille jouait dans les gastro-entérites des nourrissons le rôle de beaucoup le plus important, et Brudzinsky avait fini par abandonner l'idée que le Proteus était réellement la cause du mal. Il fallait donc élucider cette question par l'expérimentation. Dans ce but, de petits lapins à la mamelle et de jeunes chimpanzés, reconnus, les uns et les autres, susceptibles de contracter la gastro-entérite des nourrissons, ont été mis à l'épreuve. Nous leur avons donné à avaler des cultures pures du Proteus, isolé des déjections d'enfants malades et d'un des chimpanzés dont nous avons parlé plus haut. Les petits lapins, ainsi que les deux chimpanzés que nous avons pu soumettre à l'expérience, se sont montrés très sensibles à l'infection, seulement celle-ci, au lieu de se manifester sous forme de diarrhée, a plutôt présenté les caractères du choléra sec, d'ailleurs mortel. Le Dr Salimbeni, que j'ai prié (vu son expérience dans la question du choléra asiatique qu'il a acquise pendant son voyage récent à Saint-Pétersbourg) de faire l'autopsie de l'un des deux chimpanzés, a été frappé par la res-

semblance du tableau anatomo-pathologique chez cet anthropoïde et dans les cas de choléra sec qu'il avait pu étudier.

Il va sans dire que chez les chimpanzés, de même que chez les petits lapins qui avaient avalé du Proteus, ce microbe a pu être retrouvé dans le contenu intestinal et souvent même dans le sang du cœur.

L'ensemble de toutes ces données nous obligeait à reconnaître que le Proteus est réellement un microbe pathogène dont le rôle dans les diarrhées infantiles ne peut être contesté. Arrivé à ce point, nous avons dû établir par quelle voie l'enfant pouvait s'infecter. Il a fallu nécessairement penser au lait de vache, que l'on incrimine couramment comme la cause du mal. La doctrine qui incrimine ce lait cru est tellement enracinée que, dans des cas bien établis, où les nourrissons contractent la diarrhée bien qu'ils n'aient bu que du lait parfaitement bouilli, ou stérilisé, on accuse les poisons des microbes du lait, poisons capables de résister à la cuisson. Mais, conformément aux données de Tissier et Gasching, nous avons constaté que le Proteus ne se rencontre que rarement dans le lait de vache. Sur dix échantillons, prélevés dans plusieurs crémeries de Paris, nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois, et encore dans des conditions particulièrement favorables à son développement. D'un autre côté, on sait bien que, parmi les nourrisaliments, et, d'une manière générale, dans l'entourage de l'homme. La poussière de notre laboratoire, où se poursuivent depuis des années des recherches sur la flore intestinale, s'est montrée exempte du Proteus, qui ne résiste pas à la dessiccation prolongée. Les matières fécales d'un grand nombre d'animaux, tels que vache, cheval, chien et chat, en contiennent beaucoup. La couche superficielle de la viande, ainsi que les fromages mous, tels que le Camembert, le Brie et le Pont-l'Evêque renferment souvent dans leur croûte le Proteus, mais ce sont surtout les aliments de nature végétale qui en contiennent des quantités. Nous en avons trouvé beaucoup sur du raisin, des radis et de la salade.

Après avoir constaté cette série de faits, dont quelques-uns ont été établis par mes collaborateurs, MM. Distaso et Choukewitch, nous avons essayé de nous rendre compte de la marche de la contagion des nourrissons par le Proteus. Nous nous la représentons de la façon suivante. Pendant la saison chaude, les mouches transportent ce microbe des déjections des animaux sur les aliments qu'elles préfèrent particulièrement, tels que fromages et raisins. Consommés sans être préalablement désinfectés, ces aliments introduisent dans le tube digestif des personnes qui les mangent des quantités de Proteus. Le contact prolongé de ces personnes avec les nourrissons suffit pour contaminer ceux-ci avec le microbe malfaisant. Quant aux aliments qui sont souillés de fumier et qui sont consommés crus, comme les salades et les radis, ils sont capables de faire parvenir le Proteus dans le tube digestif à n'importe quel moment de l'année, en été, toutefois, beaucoup plus qu'en hiver.

Le Proteus, qui est bien toléré par la plupart des adultes, est cependant capable de provoquer chez eux aussi des diarrhées. Dans les deux cas de choléra nostras survenus cet été à Conflans et à Paris, cas qui ont pu être pris pour le choléra asiatique et qui ont été étudiés à l'Institut Pasteur, M. Salimbeni a isolé précisément une grande quantité de Proteus.

Nos recherches, en même temps qu'elles démontrent que la gastro-entérite des nourrissons est une maladie infectieuse, dans laquelle le Proteus joue un rôle très important, indiquent les mesures à prendre pour l'éviter. Il ne suffit pas de pasteuriser, faire bouillir ou stériliser le lait de vache que l'on donne aux nourrissons. Il faut en plus que les mains avec lesquelles on les touche, ainsi que le sein qu'on leur offre, soient préalablement bien lavés au savon pour éviter l'infection par le contact. Il serait très utile que les personnes qui soignent les nourrissons empêchent la pénétration du Proteus dans leur tube digestif. Ce microbe ne produisant pas de spores, peut être facilement détruit. Il suffit de tremper pour quelques secondes le raisin ou les légumes dans de l'eau bouillante et de flamber la croûte des fromages. Le nettoyage des rues et la destruction des mouches constitueraient aussi une bonne mesure prophylactique.

Il faut espérer que ces précautions, si on veut bien les prendre, contribueront à la diminution de la mortalité infantile, qui a déjà été favorablement influencée par les mesures prises contre la contagion par le lait.

Il reste encore à élucider plus d'un point important dans l'étude des diarrhées infantiles. Le Proteus est-il l'agent important dans toutes les épidémies de cette maladie? Quels sont les microbes qui favorisent l'action pathogène du Proteus? Nous espérons dans l'avenir donner réponse à ces questions, de même que nous espérons que l'étude des maladies intestinales des nourrissons aidera à rechercher la cause des maladies du tube digestif de l'homme adulte, ainsi que tous les méfaits qu'occasionne notre flore intestinale.

---

# Du port de l'Œil artificiel

**PENDANT LA NUIT**

Par le Dr Robert COULOMB (de Paris)

En 1905, j'ai écrit que l'œil artificiel, mis le matin, devait être retiré le soir.

En feuilletant les différents auteurs qui s'occupent de la question, j'ai trouvé, d'une part, la même opinion, d'autre part, chez des auteurs autorisés, l'opinion contraire.

A ce moment, je n'ai pas voulu trancher la question, faute d'opinion et d'expérience personnelles, mais, depuis, j'ai systématiquement observé quelques cas où les malades avaient pris sur eux — par nécessité ou par coquetterie — de garder leur œil artificiel d'une façon continue, et disaient ne pas s'en être mal trouvés.

Impressionné par ce fait, et conseillé, d'ailleurs, par M. Morax, j'ai, de parti pris, conseillé à certains patients l'usage nocturne de leur pièce. C'est le résultat de ces essais et la conclusion qu'on peut en tirer, que je viens présenter à la Société.

On trouve dans les ouvrages de Guérin (1), Pellier de Quengsy (2), Velpeau (3), Desmarres (4), Coulomb-Boissonneau (5), Deval (6), A.-P. Boissonneau fils (7) et de Fuchs (8), énoncée la nécessité de retirer l'œil artificiel chaque nuit, par crainte d'irritation.

Je n'insisterai pas sur les faits cliniques et l'évolution de ces troubles irritatifs : blessure de la conjonctive par une pièce défectueuse, trop grande, brisée ou dépolie, infection surajoutée, réaction de la conjonctive par bourgeonnement, retraction cicatricielle, effacement et disparition complète des culs-de-sac. Tous les membres de cet auditoire connaissent ces inconvénients.

Sans plus ample examen, cette conduite prudente, qui ordonne de déposer la coque pendant la nuit, semble légitime, et elle a paru s'imposer à d'excellents esprits.

Il reste d'ailleurs probable que, pour un grand nombre de malades peu soigneux, pusillanimes et pauvres, cette manière de faire reste la meilleure. Un œil moins porté s'usera moins vite; moins souvent manipulé, il sera moins exposé aux fractures; et, étant donnée l'incurie fréquente et l'absence de soins antiseptiques, la rareté de l'introduction dans les culs-de-sac peut constituer une technique de choix.

Par contre, beaucoup de monophtalmes accueillent avec grand déplaisir la nécessité d'être déparés la nuit, soit pour eux-mêmes, soit pour leur entourage. C'est une grosse question parfois dans l'état conjugal, et la crainte d'inspirer le dégoût ou la pitié provoque presque toujours des objections de l'intéressé quand on l'engage à déposer sa pièce en se couchant.

D'autre part, si l'on examine le bien fondé de cette pratique souvent conseillée, on s'aperçoit qu'on peut éviter ce gros inconvénient dans bien des cas.

Il est de notoriété courante que les dentistes laissent porter les dentiers durant la nuit et que, même, cette façon de faire les rend plutôt mieux tolérés.

Enfin, on ne peut pas ne pas tenir compte de l'opinion autorisée d'Hazard Mirault (9) et de Pansier (10), pour qui le port d'une pièce pendant la nuit n'offre qu'un inconvénient, celui d'une usure plus rapide:

Certains malades de ma clientèle ont pris spontanément l'habitude de garder constamment leur œil et j'ai été frappé d'entendre l'un d'eux longtemps soumis aux

(1) Guérin, *Traité sur les maladies des yeux*, Paris, 1769, p. 434.

(2) Pellier de Quengsy (fils), *Précis ou cours d'opération sur la chirurgie des yeux*, Paris, 1790, t. II, p. 103.

(3) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*, d'après les leçons cliniques recueillies par G. Jeanselme, Paris, 1840. p. 515.

(4) Desmarres, *Traité pratique et théorique des maladies des yeux*, Paris, 1858, t. III, p. 753.

(5) Coulomb-Boissonneau, *De la perte de l'œil et du moyen de faire disparaître cette difformité*, Paris, 1859. p. 12.

(6) Ch. Deval, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, Paris, 1862, p. 1036.

(7) A.-P. Boissonneau (fils), *Renseignements généraux sur les yeux artificiels*, Paris, 1866, p. 28.

(8) Fuchs, *Manuel d'ophtalmologie*, Paris, 1897, p. 829.

(9) C.-F. Hazard Mirault, *Traité pratique de l'œil artificiel*, Paris, 1818, p. 78.

(10) Pansier, *Traité de l'œil artificiel*, Paris, 1895, p. 76.

recommandations qu'il avait suivies jusqu'au jour de son mariage, venir, quelques mois après, me reprocher la sujétion où il avait été tenu avant cette dernière période et qui lui semblait d'autant moins fondée qu'il n'avait observé aucun inconvénient depuis qu'il s'en était émancipé. Il avait cru même remarquer, depuis, certains avantages : une tolérance plus parfaite de sa conjonctive. Bref, il était enchanté.

Il faut tenir compte du souci qu'est pour nos malades leur infirmité et de la joie avec laquelle ils accueillent toute occasion d'y échapper.

Il restait à établir autrement que par un cas favorable ou une impression générale l'innocuité de cette pratique : j'ai laissé quelques personnes en faire à leur guise; j'ai cédé aux sollicitations expresses de quelques-unes, à d'autres même j'ai conseillé le port continu de l'œil artificiel.

La statistique que j'apporte est encore courte mais elle m'a paru suffisante pour que je n'aie pas besoin, Messieurs, d'attendre notre réunion de l'an prochain pour vous en faire part.

Je serais même heureux si ma communication appelle votre attention sur ce sujet et nous permet de recueillir quelques observations intéressantes concernant ce point de détail de la prothèse oculaire.

Parmi les sujets observés, 26 sont des cas d'énucléation et 22 des cas de moignon. J'attache à ce mot le sens le plus général en réunissant tous les cas d'atrophie ou d'amputation partielle.

Aucun de ces malades ne présentait antérieurement d'infection, de bourgeonnement ou de brides, 15 d'entre eux portaient leur œil — pendant le jour seulement — depuis des périodes variant de 1 à 20 ans. 33 étaient des personnes à qui j'étais appelé à adapter un œil artificiel quelque temps après une opération, et qui n'en avaient jamais porté.

Je n'ai fait ces tentatives que chez des sujets de la classe aisée, propres et soigneux, après leur avoir fait les recommandations suivantes :

Remplacer la nuit la pièce portée le jour, par une pièce légèrement plus petite.

Hazard Mirault et Pansier avaient observé la nécessité de remplacer plus souvent les yeux portés constamment, ce qui se comprend de soi-même et ce qui ne peut s'éviter qu'en ayant une pièce de jour et une pièce de nuit.

Je crois cette technique préférable, puisqu'elle permet l'emploi d'un œil légèrement plus exigu et d'autant mieux toléré pendant le sommeil; la contre-pression des paupières sur un œil plus petit est plus faible et l'occlusion palpébrale rendue plus facile.

J'ai observé aussi la nécessité d'un soin plus exigeant dans le fini et le poli des yeux artificiels dans le cas d'usage continu.

Les incommodités d'une pièce à peu près tolérées pendant le jour, deviennent intolérables pendant l'occlusion des paupières, surtout si, dans la journée, il existe une sécrétion muco-purulente.

C'est de cette constatation de l'existence de mucosités que vient l'indication d'être prudent en conseillant le port continu de la coque. Dans ces cas, il ne faudra essayer cette pratique que si le patient s'astreint à la construction d'une pièce réduite.

Il va sans dire que, même dans les cas où la tolérance est parfaite, mais encore bien plus dans ceux dont il vient d'être question, le nettoyage de la pièce et l'hygiène de la cavité ne perdent jamais leur droit.

Par conséquent, je crois pouvoir tirer de ces faits les conclusions suivantes :

1° Le port constant, c'est-à-dire durant le jour et la nuit, d'un œil artificiel bien adapté et bien toléré, n'offre pas d'inconvénient ;

2° Il exige seulement des précautions de toilette oculaire minutieuses, mais simples, l'établissement d'une pièce de volume réduit et son renouvellement peut-être un peu plus fréquent;

3° La contre-indication formelle réside dans la production de mucosités due au port même uniquement diurne d'un œil même en bon état.

## REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

**Un nouveau traitement de l'appendicite** (*La Clinica moderna*)

Cette thérapeutique est basée sur les propriétés curatives de la stase de Bier. Voici en quoi elle consiste :

On prescrit, pendant les premières heures de la crise, la diète absolue et on ne donne aucun médicament.

On permet, le quatrième ou le cinquième jour, quelques aliments, liquides, et on applique quotidiennement, pendant une heure, des ventouses sur la fosse iliaque.

On fait de plus, si le cas est grave, des irrigations intestinales permanentes avec du sérum physiologique.

Ce traitement ferait cesser rapidement les douleurs et la fièvre et éviterait les récidives. Il conviendrait aux « appendicites médicales ». Il pourrait cependant être employé lorsque le cas relève de la chirurgie. On placerait alors, en attendant l'intervention, seize à vingt ventouses sèches sur la région appendiculaire.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Dosage de l'azote total de l'urine**, par Huguet (Association pour l'avancement des sciences).

Pour le dosage de l'azote total urinaire, on suit la technique suivante.

*Réactifs :*

1° Acide sulfurique pur ;

2° Solution de persulfate de sodium à 20 grammes pour 100 centimètres cubes ;

3° Solution de soude caustique à l'alcool, D = 30° Bé (la lessive de soude du commerce contient de l'ammoniaque) ;

4° Solution de phtaléine.

*Appareils :*

5° Pipette de 5 centimètres cubes ;

6° Matras de 500 centimètres cubes de capacité :

7° Tube à brome à pointe effilée et recourbée.

Mode opératoire : dans le matras de 500 centimètres cubes, introduire 5 centimètres cubes acide sulfurique pur ; placer le matras incliné sur une tôle perforée ; chauffer jusqu'à ce que l'acide sulfurique commence à émettre des vapeurs ; faire alors arriver, goutte à goutte, dans le matras, le mélange de :

Urine.................. 10 centimètres cubes
Solution de persulfate.. 25 centimètres cubes

Quand le liquide a fini de s'écouler, continuer de chauffer jusqu'à ce que le mélange qui a noirci soit devenu complètement incolore.

Arrêter le feu ; ajouter :

Eau distillée ........... 10 centimètres cubes
Solution de phtaléine 11 gouttes

Neutraliser avec précaution avec la solution de soude ; diluer la liqueur de manière à obtenir un volume de 100 centimètres cubes.

Ce liquide représente l'urine diluée à 1/10 ; on l'emploie pour faire un dosage de l'urée.

**Nouveau moyen de différenciation du bacille perfringens et de l'anhémobacille du rhumatisme.** (*Soc. de Biol.*).

MM. G. Rosenthal et Chazarain-Wetzel obtiennent facilement la prolifération du bacille perfringens dans les vieilles cultures en eau blanc d'œuf du bacille du rhumatisme. Ce phénomène s'explique simplement par la puissance digestive beaucoup plus grande de la variété banale du bacille d'Achalme.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Action de la bile sur les poisons putrides de l'intestin**, par M. Roger. (*Soc. de Biol.*).

Si la bile ne possède pas de propriétés antiseptiques, elle est cependant capable d'agir sur les putréfactions intestinales. En ensemençant avec des matières fécales humaines deux ballons, contenant, l'un du bouillon pur, l'autre du bouillon additionné d'un cinquième de bile, on obtient, dans les deux cas, une rapide et abondante pullulation de microbes. Mais la place n'est pas exactement la même et l'odeur est moins marquée en présence qu'en l'absence de bile.

En injectant à des lapins, par la voie intraveineuse, les cultures obtenues dans ces conditions, on constate que la dose mortelle, quand le développement s'est fait en bouillon pur, est, en moyenne, de 4 centimètres cubes par kilogramme. Pour amener la mort avec le bouillon additionné de bile, il faut injecter de 12 à 33 centimètres cubes, c'est-à-dire de trois à huit fois plus de liquide.

La bile agit, non en neutralisant les poisons formés, mais en empêchant leur production. Si l'on ajoute de la bile à une culture développée en bouillon pur, la toxicité, loin de diminuer, augmente. C'est que l'action toxique de la bile s'ajoute à l'action toxique du poison microbien.

Les substances antiputrides de la bile résistent à l'ébullition et sont solubles dans l'alcool. La cholestérine ne semble jouer aucun rôle.

Ces expériences expliquent le mécanisme de certains troubles généraux dans les cas où la bile ne s'écoule plus dans l'intestin.

**Végétaux et microbes pathogènes du sol**, de MM. Remlinger et Nouri. (*Soc. de Biol.*).

Il ne semble pas que les microbes pathogènes du sol puissent pénétrer à l'intérieur des végétaux. Alors même que ceux-ci sont semés dans une terre très largement souillée avec des cultures de microorganismes mobiles tels que le V. cholérique, le B. typhique..., etc., les ensemencements pratiqués demeurent rigoureusement stériles. On peut cultiver des pois ou des haricots sur de l'ouate humide et, dès que la germination a commencé, amener cette ouate, au moyen de souillure par des matières fécales par exemple, à un degré de pollution intense. Tous les milieux nutritifs ensemencés avec la sève prélevée du centre des tiges demeurent stériles. De même, on ne trouve jamais de microorganismes au centre d'un bulbe

de tulipe, quelque malpropre que soit l'eau dans laquelle plongent les radicelles.

**Sur le mode d'action de la sécrétion hypophysaire,** par le Dr Ch. Livon. (*Marseille médical*).

Les observations ont démontré que c'était par la voie nerveuse que les virus rabique et tétanique pénétraient dans l'organisme. On peut donc considérer ce mode de pénétration comme étant un phénomène biologique et, comme tel, il doit se rencontrer assez souvent.

Déjà, le professeur Lépine (1) s'est demandé si l'adrénaline, sécrétée par les cellules chromaffines contiguës aux fibres sympathiques, ne diffuserait pas directement jusqu'à ces dernières et ne pénétrerait pas ainsi dans l'organisme, en suivant la voie nerveuse.

Cette hypothèse de la pénétration des sécrétions internes par la voie nerveuse paraît fort admissible (2). Non pas que l'on puisse comparer ce processus à celui qui se passe dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins ; mais la nature de certaines sécrétions internes nous étant encore absolument inconnue, pourquoi ne pas admettre qu'elles aient, sur des fibres ou éléments nerveux particuliers, une action directe, se propageant de proche en proche et pouvant retentir sur l'organisme entier ?

L'hypophyse, sur ce point, paraît fournir des éléments d'étude fort intéressants. Sa structure, comme on le sait, est complexe ; outre la portion glandulaire antérieure et la portion nerveuse postérieure, il y a la portion médullaire ou paranerveuse qui se trouve entre les deux. Or, la structure de cette portion médullaire est bien différente de celle des deux autres.

D'après Gentès (3), l'épithélium de cette partie est compliqué. La couche qui regarde la cavité hypophysaire (sur les animaux sur lesquels elle existe) est formée de cellules ressemblant aux cellules de soutien de la muqueuse olfactive. Au-dessous, on trouve des cellules bipolaires dont un prolongement se dirige vers la périphérie, et l'autre vers les parties profondes. Ces cellules sont entourées de nombreuses terminaisons nerveuses qui, pour l'auteur, ont la valeur de fibres sensitives ou sensorielles, c'est-à-dire de fibres centripètes.

Du reste, les éléments nerveux sont en grand nombre dans l'hypophyse, et les auteurs qui les ont étudiés ont pu en décrire la disposition. C'est ainsi que Gemelli (4), qui a poussé assez loin l'étude des nerfs de l'hypophyse, décrit des filets nerveux nombreux arrivant directement de la paroi infundibulaire, suivant en faisceau le pédoncule hypophysaire, et, arrivés au niveau du lobe nerveux, s'écartant les uns des autres, s'entre-croisant, s'anastomosant en se divisant, et parcourant le lobe nerveux dans tous les sens, en formant un riche plexus. Puis, ces fibres gagnent la région méplexus. Puis, ces fibres gagnent la région glandulaire postérieure et se terminent entre les cellules cylindriques de l'épithélium, par de petits renflements, des boutons ou de petites plaquettes. Il a constaté qu'il y avait une véritable ressemblance entre la distribution des éléments nerveux dans la paroi infundibulaire, chez les poissons, et celle que l'on observe dans certains organes sensoriels. Aussi, se demande-t-il si ce n'est pas, vraiment, un organe sensoriel.

R. Pirone (1) arrive à peu près aux mêmes conclusions, et cette partie de l'hypophyse, pour lui, n'est pas glandulaire.

Sajous (2) regarde le lobe postérieur de l'hypophyse comme le régulateur de la sécrétion des surrénales, grâce à des connexions bien déterminées (nerf hypophyséo-surrénal).

Pour Gemelli, l'action antitoxique de l'hypophyse se comprendrait de la façon suivante. Dans les intoxications, comme dans les maladies infectieuses, le lobe nerveux excite le feuillet paranerveux infundibulaire, lequel émet une substance propre qui, versée dans certaines cavités du hile, aurait pour fonction de provoquer l'élaboration de la sécrétion propre du feuillet antérieur, ou lobe antérieur proprement dit.

Comme on le voit, ces différents auteurs sont loin de voir, dans l'hypophyse, une simple glande à sécrétion interne ; ils font tous jouer un rôle important aux éléments nerveux, que l'on rencontre en grand nombre dans cet organe d'apparence glandulaire. Il est permis de se demander quel peut être le rôle de ces éléments nerveux particuliers qui ressemblent plutôt à des appareils sensoriels et non aux terminaisons nerveuses sécrétoires ordinaires.

C'est ici que l'hypothèse du professeur Lépine trouve un appoint et même une confirmation.

Si la diffusion se fait dans les surrénales directement des cellules chromaffines aux fibres sympathiques, pourquoi ne se ferait-elle pas également entre la sécrétion de l'hypophyse et les éléments nerveux de la portion médullaire ? Rien n'empêche d'admettre que la pénétration de cette sécrétion se fasse par la voie nerveuse ou encore que l'action de la sécrétion ne se porte sur les éléments nerveux de façon à les impressionner d'une manière spéciale, qui serait le point de départ de phénomènes biologiques importants pour la conservation de l'individu.

Cette manière d'envisager la fonction de l'hypophyse n'a rien de bien subversif. On sait qu'il existe, dans les centres nerveux, des points qui ne sont pas très étendus et qui président à des fonctions de la plus grande importance. N'y a-t-il pas tout le long de l'axe nerveux des centres spéciaux ?

Rien ne s'oppose donc à ce que l'on considère l'hypophyse comme une sorte de centre présidant à des fonctions importantes, sous l'influence de l'action des produits de sécrétion qui agiraient directement sur les terminaisons nerveuses.

L'on peut, du reste, se baser sur l'expérimentation pour en avoir une preuve.

Si, comme l'a fait, le premier, Paulesco (3), on vient à séparer de la base du cerveau l'hypophyse, en sectionnant la tige pituitaire, les animaux sont dans le même état que si on leur avait enlevé complètement l'hypophyse, ils ne tardent pas à succomber. Cependant dans ce cas l'hypophyse reste en communication avec les vaisseaux de la selle turcique.

Si, inversement, on détache simplement l'hypophyse de la selle turcique et qu'on la prive seulement des vaisseaux qu'elle en reçoit, les animaux survivent.

Ces expériences comparatives semblent donc bien démontrer que le rôle physiologique de l'hypophyse est lié à l'intégrité de sa communication avec le cerveau par la tige pituitaire.

Est-ce par un conduit central que se fait cette communication ? On sait qu'il n'existe pas toujours, surtout chez l'homme. Est-ce par les veines de cette tige ? Elles sont bien rares et beaucoup moins nombreuses que celles qui de l'hypophyse vont se jeter dans les plexus environnants. Il ne reste donc, pour expliquer le passage de la sécrétion ou de l'excitation indispensable à la vie, que la voie nerveuse.

Un autre fait qui vient encore corroborer cette façon d'envisager le rôle de la sécrétion hypophysaire, c'est la grande différence qui existe entre les deux lobes, soit au point de vue de l'action sur la pression sanguine, soit au point de vue de la coagulation du sang.

Tous ceux qui ont étudié séparément l'action des extraits faits avec le lobe postérieur ou nerveux comparée à celle des extraits faits avec le lobe antérieur ou glandulaire ont constaté, que le lobe postérieur, seul, fournissait un extrait réellement actif, tandis que le lobe antérieur donnait un extrait presque inactif.

Silvestrini (1) même, prétend que ce n'est que dans le feuillet épithélial paranerveux seul, que l'on trouverait un extrait actif.

De plus, comme l'ont démontré P.-Emile Weil et G. Boyé (2) et ainsi que je l'ai observé moi-même (3), qu'il s'agisse du sang du lapin, du chien ou de l'homme, l'extrait fait avec le lobe postérieur frais ou desséché active la coagulation d'une façon remarquable, tandis que celui fait avec le lobe antérieur, frais ou desséché, non seulement ne hâte pas la coagulation, mais aurait même de la tendance à la retarder.

Il est donc permis d'émettre l'opinion que le produit actif de la sécrétion se concentrerait sur les éléments nerveux du lobe postérieur, car on ne peut perdre de vue que, si le lobe postérieur est le plus actif, c'est le lobe antérieur franchement glandulaire qui paraît être le lieu de préparation de la sécrétion, à moins que l'on envisage la possibilité de la formation dans le lobe glandulaire d'une véritable prohypophysine inerte, qui ne se transformerait en substance active, qu'en présence d'éléments particuliers qui ne se trouveraient que dans le lobe postérieur ou dans la membrane paranerveuse. Les exemples, de ces proferments sont assez nombreux dans l'organisme, pour que l'on y songe, en face de la grande différence d'action qui existe entre l'extrait de la portion glandulaire et l'extrait de la portion nerveuse.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Consolidation d'une pseudarthrose par une tige d'acier.**

M. Souligoux a présenté à la Société de Chirurgie un homme qui, à la suite d'une fracture compliquée de l'humérus pris dans un engrenage, avait eu une pseudarthrose absolument flottante contre laquelle toutes les interventions opératoires avaient échoué. M. Souligoux eut alors l'idée de lui mettre dans le canal médullaire une tige d'acier longue d'environ 10 centimètres qu'il consolida avec du ciment de dentiste. Or, depuis ce temps, c'est-à-dire depuis 10 ans, cet homme se sert par-

(1) Lépine. — *Lyon Médical*, 1908, n° 47 ; *Société de Biologie*, 5 décembre, 1908).

(2) Livon, Ch. — Pénétration, par la voie nerveuse de la sécrétion interne de l'hypophyse (*Société de Biologie*, 1908, p. 744).

(3) Gentès, L. — Structure du feuillet juxta-nerveux de la portion glandulaire de l'hypophyse (*Société de Biologie*, 1903, p. 100). — Terminaisons nerveuses dans le feuillet juxta-nerveux de la portion glandulaire de l'hypophyse (*Société de Biologie*, 1903, p. 336). — Recherches sur l'hypophyse et le sac vasculaire des vertébrés (*Société scientifique d'Arcachon Station biologique. Travaux des laboratoires*, 1907).

(4) Gemelli, A. — Ulteriori osservazioni sulla struttura dell' ipofisi. (*Anatomischen Anzeiger*; 1906, XXVIII, n° 24).

(1) Pirone, R. — Sulla fina struttura e sui fenomeni di secrezione dell' ipofisi (*Archiv. di fisiologia*, 1904, II, p. 76).

(2) Sajous (de), M. — Les secrétions internes, l'appareil hypophyséo-surrénal, son rôle à l'état normal et a l'état pathologique (*IXe Congrès français de Medecine*, Paris, 1907, 14 octobre).

(3) Paulesco. — L'hypophyse du cerveau (*Journal de Médecine interne*, Paris, 1907, 1908).

(1) Silvestrini et Baduel. — Recherches pour préciser quelle est la partie active du lobe postérieur de l'hypophyse (*Istituto umbro de Scienze e Littere*, 1907, 23 mai).

(2) Emile Weil, P. et Boyé, G. — Action différente des lobes hypophysaires sur la coagulation du sang chez l'homme et le lapin (*Societe de Biologie*, 1909, LXVII, p. 428).

(3) Livon, Ch. — Action différente des lobes hypophysaires sur la coagulation du sang chez le chien (*Réunion biologique de Marseille*, 16 novembre 1909).

faitement de son bras pour travailler, et la mobilité entre les deux fragments est, pour ainsi dire, nulle.

## REVUE CLINIQUE

**Un nouveau signe d'hémiplégie organique,** par M. Néri. (*Soc. de Neurologie*).

Ce signe consiste en ce que, le malade étant debout, les jambes écartées et les bras croisés sur la poitrine, si on lui fait fléchir le tronc sur le bassin en lui disant de tenir les jambes droites, on observe qu'à un certain moment lorsque le tronc a presque atteint la ligne horizontale, la jambe du côté paralysé fléchit d'un certain degré, tandis que la jambe saine reste raide.

Une nouvelle manière de constater le phénomène est celle-ci :

Le malade étant dans le décubitus dorsal, si on lui soulève passivement et alternativement les deux jambes comme pour provoquer le phénomène de Lasègue, on observe que, du côté sain, on peut soulever la jambe jusqu'à environ 70 ou 75°, tandis que du côté malade, la jambe fléchit entre 40 et 50°. Ce phénomène est probablement dû à une hypertonie des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, hypertonie qui semble s'établir dès les premiers temps de l'hémiplégie, car l'auteur l'a observée dans des cas de coma.

**Salpingite éberthienne,** par M. le Dr Galliard. (*Soc. Méd. des Hopit.*).

L'auteur a signalé une complication rare de la fièvre typhoïde. Il s'agit d'une malade qui, au vingt-septième jour d'une fièvre typhoïde, et déjà en convalescence, fût prise de douleurs abdominales atroces avec météorisme, vomissements, etc., tous phénomènes qui firent penser à une perforation intestinale. M. Chaput, appelé, pratiqua aussitôt une laparotomie ; mais quoique le petit bassin fût rempli de pus, on ne trouva pas de perforation, mais une grosse masse salpingienne à droite. On enlève l'utérus et les annexes droites. La guérison survint régulièrement.

Le pus de la trompe cultivé contenait le bacille d'Eberth à l'exclusion de tout autre.

**L'agglutination du bacille d'Eberth dans la tuberculose,** par M. Herman. (*Acad. de Médec. de Bruxelles*.)

L'auteur, au cours de recherches sur ce sujet, a eu l'occasion d'observer un cas de méningite tuberculeuse et 4 cas de tuberculose pulmonaire où le sérum des malades agglutinait le bacille d'Eberth à 1/50.

En injectant des doses de 0 gr. 0005 décimilligrammes à 0 gr. 001 milligramme de culture dans la veine de l'oreille chez 12 lapins, il a constaté, au bout de 2 mois, que le sérum d'un de ces lapins agglutinait à 1/50 ; au bout de 7 mois, tous les sérums agglutinaient à 1/40.

Il estime donc que la tuberculose avancée et surtout la tuberculose pulmonaire doit être considérée comme une cause d'erreur dont il faut tenir compte dans la pratique de la séro-réaction typhique. Le titre de 1/50 employé souvent dans cette épreuve est trop faible pour être décisif.

**Valeur pathognomonique d'un signe tiré de l'examen de l'ombilic dans un cas méconnu de plegmon sous-péritonéal de la région sous-ombilicale,** par le Dr Peyret, médecin-major, de 1re classe en retraite, Bône (*Bull. med. de l'Algérie*).

La malade, Mme X..., femme israélite, âgée de 42 ans, avait accouché au huitième mois depuis 23 jours, lorsque je la visitai pour la première fois (avril 1908). Déjà mère de plusieurs enfants bien portants, elle-même avait jusque là joui d'une parfaite santé ; il ne me fut pas possible de déterminer quelle avait été la cause de l'accouchement prématuré. Le nouveau-né n'avait vécu que quelques jours.

Depuis le début de la maladie, cinq médecins réputés pour leur expérience, avaient été appelés successivement à donner leur avis ; tous avaient conclu au diagnostic de tumeur cancéreuse de l'utérus (déciduome malin sans doute) ; d'une manière unanime, ils avaient émis cette opinion qu'une opération qu'ils ne conseillaient pas ne pouvait qu'aller au-devant d'une catastrophe et qu'à bref délai la terminaison par décès leur paraissait inévitable.

Au moment de mon examen, voici quelle était la situation : pouls petit : 120 pulsations; température axillaire : 39° (la fièvre, me fut-il dit, avait débuté quelques jours après l'accouchement et depuis n'avait jamais cessé).

Faciès grippé et hecticité prononcée, affaiblissement considérable. L'état de la malade était ainsi très bas ; les personnes de son entourage la considéraient comme perdue.

Il existait dans la région sous-ombilicale une tumeur qui, d'après les renseignements que j'obtins, avait commencé à se développer peu de temps après l'accouchement.

La simple inspection la faisait reconnaître ; par la palpation, il était assez facile d'en limiter les bords. Arrondie et volumineuse, elle partait de l'ombilic pour descendre jusqu'au pubis ; dure et résistante, elle ne présentait aucune fluctuation ; les doigts qui la palpaient n'avaient nullement l'impression qu'elle pût être liquide. Les muscles droits de l'abdomen, lorsqu'ils se contractaient sous l'effort de la toux, se dessinaient très nettement sur sa surface.

Cependant, ce diagnostic de tumeur maligne de l'utérus ne pouvait, à mon avis, satisfaire l'esprit ; la fièvre était très vive ; la tumeur, énorme déjà, s'était développée en trop peu de temps ; les lochies étaient restées normales et n'avaient jamais été fétides.

Au toucher, le col, encore quelque peu entr'ouvert, avait repris sa fermeté.

A la palpation bi-manuelle, la main placée sur l'abdomen percevait nettement l'impulsion des deux doigts vaginaux, et, par suite, tout d'abord, on était amené à penser que la tumeur devait s'être développée aux dépens de l'utérus ; mais cette manière de voir ne tardait pas à se modifier, car si la même main saisissant la tumeur à travers la paroi abdominale venait à la soulever de bas en haut pour l'empêcher de presser sur l'utérus, elle ne recevait plus alors en aucune façon la répercussion des efforts.

Du reste, la malade, interrogée avec insistance à cet égard, put nous déclarer que la tumeur avait commencé à apparaître non du côté de l'utérus, mais bien au-dessous de l'ombilic et que, partant de ce point, elle s'était développée par une descente graduelle vers le pubis.

Le cathétérisme utérin au moyen de l'hystéromètre aurait pu certainement aussi témoigner avec évidence de l'indépendance de la tumeur et de l'utérus. Il ne me parut pas nécessaire de pratiquer cette exploration.

Le diagnostic, en effet, s'imposa bientôt pour moi : en précisant avec attention l'examen de l'ombilic par l'inspection et la palpation, j'eus la satisfaction de rencontrer un signe qui doit être, selon moi, considéré comme pathognomonique, qui n'a pas encore été signalé, à ma connaissance, du moins, et sur lequel je désire attirer l'attention, en relatant cette observation.

Qu'on se rappelle la conformation anatomique de l'ombilic. Ses différentes parties : la peau, l'anneau fibreux, le péritoine (par l'intermédiaire du fascia intra-ombilicalis), adhèrent entre elles au niveau de la cicatrice ombilicale qui ainsi constitue comme un point d'arrêt pour les plans de clivage des régions y aboutissant. On conçoit que l'aspect de l'ombilic doive varier suivant la situation qu'occupent les tumeurs ou les collections liquides du voisinage : dans l'ascite, le liquide placé au-dessous du péritoine distend la cicatrice ombilicale et lui fait faire une saillie très apparente ; une tumeur solide (utérus gravide, par exemple), située de même au-dessous du péritoine, le repousse en avant, en totalité, en effaçant plus on moins ses bords. Mais supposons que la tumeur se trouve dans l'épaisseur de la paroi abdominale, entre le péritoine doublé d'une première lame aponévrotique (le fascia infra-ombilicalis) et les plans plus antérieurs de cette paroi, qu'elle occupe ainsi un espace qui, siège ordinaire du phlegmon sous-péritonéal, est limité, comme l'ont démontré les recherches d'Heurtaux, en avant par la gaine des muscles droits, en arrière par le fascia infra-ombilicalis, en haut par les adhérences de ce fascia à la cicatrice ombilicale, sur les côtés par son union avec la gaine des muscles droits, il est facile d'imaginer que, dans ces conditions, le bord ombilical correspondant, c'est-à-dire le bord inférieur, se trouvera seul soulevé, il sera comme épaissi ; de ce côté, la dépression ombilicale deviendra plus profonde, tandis qu'ailleurs, ses limites conserveront un aspect normal.

D'autre part, s'il s'agit d'une collection liquide, l'ampliation de la poche s'effectuera dans le sens de la moindre résistance. La tumeur se développera par conséquent en se portant surtout en bas et en arrière car l'action des muscles droits lui oppose un obstacle puissant en avant ; or, le trajet de la dépression ombilicale, qui, pour ainsi dire, jalonne la paroi supérieure, devra suivre nécessairement ce mouvement ; il sera entraîné et dévié suivant une direction qu'orienterait d'une manière suffisamment exacte, une ligne oblique allant vers l'angle sacro-vertébral.

Une tumeur solide de la même région, en adhérant aux tissus voisins ou en les envahissant en prenant une forme propre, échapperait sans aucun doute à une conformation aussi rationellement assujettie à des limites physiologiques.

Alors que la déviation en arrière et en bas du fond de la cicatrice ombilicale constitue, si on la raisonne comme nous venons de le faire, un excellent appoint en faveur du diagnostic vrai, il y a lieu de remarquer que la cause même de cette déviation, c'est-à-dire la progression du volume de la masse vers les parties profondes de l'abdomen, pourrait aisément, en cas de superficielle et mauvaise observation, induire en erreur en faisant croire pour la tumeur à un point d'implantation intra-abdominal.

Cette disposition : bord inférieur de l'ombilic épaissi, à l'exclusion du reste de son pourtour, et dévié en bas et en arrière, existait d'une manière très nette chez notre malade. La valeur séméiologique d'un tel signe, nous parut considérable, car il éclairait à notre avis complètement le diagnostic.

On pouvait conclure que la tumeur était extra-péritonéale et que, liquide, elle devait occuper l'espace dont nous parlions tout à l'heure, loge où ont coutume de se développer les abcès sous-péritonéaux de la région sous-ombilicale.

De plus, la fièvre, une douleur caractéristique, l'accroissement rapide de la tumeur plaidaient en faveur de l'existence d'une collec-

tion purulente, diagnostic qu'une ponction exploratrice vint aussitôt confirmer.

L'analyse bactériologique du pus démontra la présence du streptocoque.

L'absence de fluctuation qui avait donné l'illusion absolue d'une tumeur solide devait s'expliquer par le siège profond de la poche purulente et par l'extrême tension de son contenu, due à l'action des muscles droits qui la bridaient fortement.

Le creux ombilical était rempli de débris épidermiques et de produits sébacés mélangés de souillures d'une coloration noirâtre ; l'examen attentif du fond de son centre nous y fit découvrir les traces d'une cicatrice récente, porte d'entrée possible pour les germes de la suppuration.

L'hypothèse d'une infection qui aurait pris son origine dans une plaie légère de la cicatrice ombilicale paraît très vraisemblable. Rappelons que Gerota, en 1896, Cuneo et Marcille, en 1901, ont signalé l'existence d'un petit ganglion lymphatique qui peut être le point de départ des suppurations de cette région. Il est intéressant de remarquer que c'est encore la symptomatologie offerte par l'ombilic qui, après nous avoir fourni des éléments décisifs au point de vue du diagnostic, put encore nous permettre d'établir l'étiologie de la maladie, tandis que cette étiologie dans des cas analogues de phlegmons sous-péritonéaux demeure si souvent obscure.

Une intervention immédiate s'imposait.

Nous y procédâmes d'urgence, sous chloroforme : deux incisions de 6 ou 7 centimètres chacune furent pratiquées, suivant la ligne blanche : l'une partant du bord supérieur de la tumeur, l'autre du bord inférieur, entre elles la paroi, comme un pont d'union, fut laissée intacte sur une longueur de 15 centimètres.

Pour ne pas être gênés au moment de procéder à la seconde incision complète, nous amorçâmes d'abord les deux incisions l'une après l'autre, jusqu'à la ligne blanche. Au moyen de la sonde cannelée et de quelques coups de ciseaux, il fut ensuite facile de sectionner rapidement cette ligne dans le fond des deux plaies.

Ecoulement d'une quantité considérable (que nous appréciâmes à plus de trois litres) d'un pus extrêmement fétide.

D'une ouverture à l'autre, passage de deux gros drains réunis en canon de fusil. Irrigation de la poche au moyen d'eau permanganatée. Pansements régulièrement pratiqués. Guérison.

Une fistulette qui persista pendant deux mois finit par céder à un curage méthodiquement pratiqué.

Les deux cicatrices paraissaient bien rétractées et parfaitement solides ; il y avait lieu de se rappeler qu'au-dessous d'elle, la lame aponévrotique du fascia infra-ombilicalis renforçait en doublant le péritoine ; nous pensâmes qu'on pouvait supprimer tout bandage contentif.

Cependant, sous l'influence d'un régime déplorable, notre malade prit en peu de temps un embonpoint considérable, et bientôt la quantité inouïe de tissu adipeux qu'elle entassa dans son épiploon et dans sa paroi abdominale établirent des conditions toutes différentes qui devaient favoriser l'éclatement de la ligne blanche, accident qui se produisit, en effet, à l'occasion d'un violent effort qu'elle fit imprudemment pour porter, en montant des escaliers, un énorme enfant de 4 ou 5 ans. Il existe aujourd'hui une hernie sous-ombilicale bien maintenue par un bandage, mais qu'il y aurait avantage à opérer.

En résumé, on voit combien dans un cas pareil à celui que nous avons exposé, il était capital de porter un diagnostic exact ; s'il n'avait pas été porté, nul doute que la malade ne fût morte dans les deux ou trois jours qui suivirent ma première visite, car l'abcès n'avait, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, aucune tendance à évoluer vers l'extérieur. Ce diagnostic pouvait d'abord paraître rempli de difficultés ; or, toute erreur devait cependant être évitée, puisqu'il était possible, grâce à la séméiologie de l'ombilic, de parvenir immédiatement et à coup sûr à la conscience complète de la vérité.

**Le « délire des gouvernantes »**, par les Drs Blondel et Camus, de Paris. (*Congrès des Aliénistes*).

La situation spéciale et souvent délicate des « gouvernantes » dans les familles favorise, chez certaines prédisposées, l'apparition d'un délire décrit par Ziehen, qui emprunte aux conditions professionnelles certaines caractéristiques. En présentant deux observations, les auteurs insistent sur les caractères cliniques et évolutifs de cette modalité délirante de la paranoïa, dans laquelle se succèdent des idées érotiques, mégalomaniaques et de persécution.

Ils mettent surtout en valeur les symptômes étiologiques d'ordre affectif, intellectuel et social qui, chez des sujets, d'ailleurs prédisposés, motivent le développement de ce délire d'interprétation et expliquent la forme et la couleur qu'il présente.

---

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement diététique de la goutte**, par le professeur His (*Zeitschr. f. aerztl.Fortbilaung*, 15 octobre 1909).

Dans ce domaine, la confusion règne encore aujourd'hui et si un goutteux voulait se priver de tous les aliments qui ont été tour à tour défendus dans cette maladie, il risquerait de mourir de faim. Cette situation tenait à ce que nos notions diététiques concernant cette affection étaient restées jusqu'ici empiriques ou théoriques : ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a reconnu que les nucléines de l'alimentation sont capables de donner naissance à des purines et à de l'acide urique.

L'auteur a pu démontrer que l'on peut arriver, par l'administration d'une nourriture carnée, à augmenter la teneur en acide urique de l'urine chez un sujet normal : cet effet ne se produit que deux ou trois jours après l'ingestion. Chez le sujet normal, on peut, d'un autre côté, en supprimant les purines, faire disparaître l'acide urique du sang, alors que celui du goutteux en contient toujours. Chez ce dernier, l'élimination d'acide urique à la suite d'indigestion de nucléines ne s'effectue qu'au bout de quatre à six jours ; pendant ce temps, la teneur du sang en acide urique n'augmente pas. Ce phénomène paradoxal nous indique que le processus est fort compliqué et rappelle celui qu'on constate dans le diabète. On observe, du reste, souvent des cas très graves de goutte, héréditaire ou acquise, chez des sujets qui ont évité tout excès dès leur enfance.

L'excès d'acide urique n'est qu'un produit morbide et ne constitue pas la maladie elle-même, car celle-ci a des rapports intimes avec l'obésité, l'artériosclérose, la néphrite interstitielle, etc.

Il faut surtout tenir compte, dans le traitement de la goutte, de l'existence ou de l'absence de troubles dyspeptiques.

En résumé, la goutte peut être influencée par l'institution d'un régime pauvre en purines, dans les cas où le sujet supporte ce régime : on s'abstiendra dans les cas où le résultat ne s'est pas manifesté au bout de quelques mois. Dans le dernier cas, on recommandera simplement d'augmenter les légumes et les fruits. L'abstinence pour l'alcool n'est utile que dans quelques cas.

**L'autosérothérapie pour activer la résorption des épanchements pleuraux**, par Marcou (*Presse médicale*).

L'auteur a soigné par ce procédé 82 malades : il recommande, dès que la présence d'un épanchement est soupçonnée, de faire une ponction exploratrice et d'appliquer le traitement si le liquide extrait est citrin ou même hémorragique. Seule, la présence du pus exige l'abstention.

Avec une seringue de 2 centimètres, à aiguille très longue, on extrait une quantité égale du liquide citrin, puis on retire l'aiguille sans la sortir complètement et quand on sent la pointe de l'aiguille sous la peau, on incline obliquement la seringue et on injecte son contenu sous la peau. Une seconde piqûre est faite au bout d'une semaine.

Tous les malades ont accusé un bien-être énorme pendant les heures qui ont suivi la piqûre : la dyspnée, le point de côté disparaissent. Le soir même, on constate une hyperthermie qui s'amende dès le lendemain : la fièvre tombe et revient en peu de jours à la normale. Si, au bout d'une semaine, on trouve encore 38° le soir, on fait une nouvelle piqûre.

L'auscultation et la percussion indiquent la régression rapide de l'épanchement, dès le second jour.

En présence de ces résultats, l'auteur se propose de soigner par le même traitement des ascites de toute nature.

Les épanchements moyens chez des malades porteurs de lésions tuberculeuses avancées paraissent réfractaires à ce traitement.

Les cas les plus probants sont les gros épanchements pris au début.

**La médication anodine**, par le Dr A.-F. Plicque, ancien interne, lauréat des hôpitaux (*Bull. méd.*).

Au sens étymologique du mot, la médication anodine englobe tous les moyens dirigés contre la douleur. Elle comprend donc des médicaments très nombreux et très actifs : analgésiques, anesthésiques, hypno-anesthésiques, et tous les calmants du système nerveux. Mais l'usage, et en particulier l'usage des praticiens du XVIIIe siècle, où la médication anodine fut très fort en honneur, a singulièrement restreint et modifié le sens primitif du mot. Les anodins sont surtout des médicaments inoffensifs, très maniables, agréables de préférence, agissant, en général, autant sur l'élément moral et imaginatif que sur les troubles physiques. La médication anodine est, avant tout, une forme de la psychothérapie. Il serait, néanmoins, injuste de lui refuser toute action directe. On va voir, d'ailleurs, facilement, sa réelle valeur et ses indications très fréquentes dans la pratique journalière. On verra aussi que pour être parfaitement tolérés et peu toxiques, ses principaux moyens sont loin d'être dépourvus de tout rôle thérapeutique et de toute efficacité.

Tronchin, dont la vogue en clientèle fut, au XVIIIe siècle, véritablement inouïe, fut le principal promoteur de la médication anodine. A vrai dire, et conformément à l'esprit même de la méthode, il mettait en pratique la chose sans le mot. Il ne négligeait pas d'attribuer une action puissante aux tisanes les plus inoffensives, aux moyens les moins actifs et quelquefois même les plus bizarres. Que de dyspepsies flatulentes, que de gastralgies, que d'anorexies ner-

veuses furent soulagées par ses fameuses pilules stomachiques :

| | | |
|---|---|---|
| Myrrhe | 10 | grammes |
| Extrait de petite centaurée. | 5 | — |
| Baume du Pérou | 2 | — |

Diviser en pilules de 0 gr. 15 chaque. Une à deux pilules à chaque repas.

La marmelade composée de manne en larmes, de sirop de violettes, de casse cuite, d'huile d'amandes douces et d'eau de fleurs d'orangers reste encore, prise par cuillerées à soupe, un remède agréable et efficace contre la constipation habituelle. Elle est particulièrement utile chez les vieillards et chez les enfants. En la donnant de parti pris à presque tous ses malades, Tronchin réalisait, en quelque sorte, à l'avance, l'antisepsie intestinale. Il supprimait avec la constipation une cause fréquente d'accidents toxi-infectieux. Fait intéressant, la marmelade de Tronchin possède aussi, dans les anciennes bronchites, une action calmante et anticatarrhale. Il y a encore, pour elle, une indication fréquente chez les malades âgés.

Mais si, par leur composition, ces formules peuvent encore invoquer un effet réel, toute une série d'autres moyens : tisanes, pastilles inoffensives, analeptiques comme le salep, le cacao, n'ont vraiment pour rôle principal que de formuler un traitement en apparence énergique et sérieux, d'obtenir tous ses effets suggestifs sans risquer la moindre intoxication. Dans les maladies aigues, cette indication est très fréquente. Dans la plupart des grandes maladies infectieuses : érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole même, une extrême énergie thérapeutique est souvent plus nuisible qu'utile. Les médicaments trop actifs sont mal éliminés par les reins et par le foie, organes déjà surchargés et fatigués par l'élimination des toxines. Parfois même se produit, à l'égard de médicaments en général assez maniables, une intolérance absolue. Dans la scarlatine, par exemple, l'opium, même à doses raisonnables et fractionnées, montre une nocivité très intense et très singulière. Il aboutit vite, même chez l'enfant et encore plus chez les scarlatineux un peu âgés, à des accidents comateux et adynamiques. Cependant, pour satisfaire les malades et surtout leurs familles, il faut bien instituer un traitement actif. Il faut même que ce traitement soit ou paraisse d'autant plus actif que les accidents sont plus sérieux. Ce n'est qu'en théorie ou à l'hôpital que le traitement de la scarlatine peut tenir en deux mots : lit et lait. Dans la clientèle de ville, cette réserve prudente serait, en général, très mal comprise. On verra que la médication anodine peut offrir en pareil cas, pour aider la nature, pour faire patienter en attendant les progrès de l'évolution normale, pour favoriser même les éliminations utiles et la crise de convalescence, pour soulager surtout, des ressources très appréciables et des moyens intéressants.

Dans les maladies chroniques, les indications des médicaments anodins ne sont pas moins fréquentes. Sans doute, l'activité du traitement est, en général, dans ces maladies, plus rationnelle. En outre, le médecin a moins la main forcée par l'impatience de l'entourage. Il est plus libre de chercher les quelques médicaments vraiment utiles et de se borner à leur emploi. Cependant la médication anodine lui rendra encore bien souvent service. Elle permet de ménager des périodes de repos réel, sans interrompre en apparence tout traitement. On ne doit pas oublier la remarque aussi juste qu'incisive d'Hayem : « Presque tous les malades chroniques, au moins dans les grandes villes, finissent par présenter de véritables intoxications médicamenteuses. » Ces intoxications se surajoutent aux accidents morbides. Elles les compliquent et les modifient singulièrement.

Certains malades instruits, lisant beaucoup, très raisonneurs, discutent non seulement le choix, mais les doses des médicaments habituels et connus. Les mathématiciens, surtout, poussent cette critique gênante à l'extrême. Ils trouvent les doses tantôt trop fortes et dangereuses, tantôt trop faibles et inefficaces. La médication anodine, avec un grand nombre de substances moins usuelles, permet de dérouter quelque peu leurs objections. Au point de vue de la psychothérapie, ces médicaments anciens et assez souvent fort oubliés, les impressionnent, d'ailleurs, beaucoup.

On peut réaliser la médication anodine de deux façons différentes. Tantôt on choisira des médicaments très maniables et réellement inoffensifs, tantôt on s'adressera à des médicaments plus énergiques, mais donnés à doses très faibles et volontairement presque inactives. Au point de vue de la psychothérapie, on a, dans le premier cas, la nouveauté de substances moins connues et souvent peu usuelles. Dans le second cas, on a le nom même d'un médicament réputé comme très actif.

Les tisanes, si fort en honneur autrefois, constituent un premier type de médicaments vraiment anodins. Ces infusions chaudes et aromatiques prises à la fin des repas ne sont pas inutiles pour la digestion. Prises le soir en se couchant, elles rendent de réels services, dans la saison froide, aux rhumatisants, aux bronchitiques. Dans les maladies infectieuses, elles contribuent à l'élimination des toxines en favorisant la diurèse et la sudation. Leur nombre est presque infini.

Il est important que ces tisanes soient légères et aussi agréables que possible. Un défaut fréquent est de les faire trop concentrées et trop fortes. La dose de plantes doit être la suivante :

20 grammes par litre pour les tisanes d'aunée, de fraisier, de guimauve (fleur), de patience, de ratanhia, de saponaire, de quinquina, de hourgeons de sapin, de grande consoude, de chiendent, de canne de Provence.

10 grammes par litre pour la tisane de polygala, de racine de guimauve, de gentiane, d'armoise, de capillaire, de fumeterre, de lierre terrestre, d'oranger, de pariétaire, de pensées sauvages.

5 grammes par litre pour la tisane d'hysope, d'arnica, de camomille, de coquelicot, de bouillon blanc, de petite centaurée, d'anis étoilé, de baies de genièvre.

En sucrant les tisanes avec un sirop inoffensif (sirops de cannelle, de laitue, de coings, de mûres, de fleurs de pêcher, d'œillet rouge, de capillaire, de fumeterre, de cynoglosse, etc.), on augmente leur prestige médicamenteux, sans leur enlever leur caractère anodin. Le sucre en nature ou sous forme de sirop donne, en outre, aux tisanes, une valeur alimentaire. Dans la fièvre en particulier, le sucre est un des aliments les mieux utilisés. Sous forme de tisanes sucrées, on peut le donner en quantité même très forte : 100 grammes et plus par jour aux fébricitants. Cette alimentation par le sucre est souvent très bien tolérée ; dans la fièvre typhoïde surtout, elle détermine moins de dégoût et d'embarras gastrique que le lait.

Tous ces détails, bien terre à terre en apparence, sont presque indispensables dans la médecine des campagnes. Même à la ville, ces vieilles préparations sont, en général, acceptées avec confiance et béatitude par les hommes les plus instruits.

Ce serait, d'ailleurs, un tort de les regarder comme tout à fait inefficaces. Il ne faut même pas oublier l'activité relative des tisanes de saponaire, de polygala, de quinquina, d'armoise. Chez tous les jeunes nourrissons, l'infusion de coquelicot, le sirop de fleurs de pêcher, donnés de façon si banale, offrent parfois des accidents.

La longue série des médicaments pulvérulents (poudres de benjoin, de craie préparée, de charbon de peuplier, de benzoate de soude, de phosphates et glycérophosphates alcalins, de colombo, de rhubarbe, de gentiane, etc.) permet aussi de formuler des cachets contenant le « prurigo medicandi » des malades, sans être bien actifs. Un des spécialistes de Paris les plus réputés pour le traitement des maladies du tube digestif prescrivait presque invariablement et solennellement à ses malades, des cachets renfermant 0 gr. 10 de sulfate de soude ou de phosphate de soude à prendre au milieu de chaque repas. Cette formule plutôt anodine a l'avantage d'instituer un repos médicamenteux de l'estomac et de l'intestin. En outre, le cachet pris au milieu du repas amène un temps d'arrêt et rappelle au dyspeptique la nécessité de manger lentement.

Les gouttes, teintures, granules, pilules, fournissent aussi à cet égard des ressources faciles à varier à l'infini avec un peu d'ingéniosité. On sait quel emploi presque constant Charcot faisait, dans ses ordonnances, des granules de quassine à 1 milligramme. Même quand elles renferment un produit actif, les pilules argentées traversent souvent le tube digestif sans être dissoutes et, par suite, sans être absorbées. On avait même proposé ces pilules fortement argentées pour faire le simulacre d'une thérapeutique active et constituer l'équivalent des fameuses pilules micapanis. Ce moyen n'est pas recommandable, car l'intensité d'absorption reste toujours incertaine. En outre, ces pilules résistantes peuvent former corps étranger et s'engager dans l'appendice.

D'ailleurs, chez la grande majorité des malades, la question de doses éveille beaucoup moins l'attention que le nom même du produit. On peut donc prescrire des médicaments très actifs, mais à doses suffisamment faibles et inoffensives.

C'est surtout sous forme de solution ou de sirop qu'il est facile de diluer et de fractionner les substances les plus toxiques : arsénicaux, strychnine, digitale, colchique, etc. C'est par cette méthode que s'explique la vogue persistante, après tant d'années, de l'homœopathie. Celle-ci compte encore de fidèles partisans dans la clientèle et surtout même dans la clientèle instruite. Il est pourtant bien difficile d'accorder un effet quelconque à ces dilutions infinitésimales. Mais leur innocuité même a l'avantage de laisser l'organisme à ses propres forces et de ne pas ajouter aux effets de la maladie un effet parfois malencontreux ou brutal. L'homœopathie satisfait tout au moins au principe fondamental de l'école hippocratique : *primo non nocere*.

Cette question des doses pour les médicaments actifs exigerait, à elle seule, toute une longue étude et mériterait peut-être d'être sérieusement revisée. Les doses habituellement prescrites, et surtout les doses maxima indiquées dans le nouveau Codex, ne sont-elles pas beaucoup trop fortes ? La tendance actuelle paraît être dirigée vers une médication intensive diamétralement opposée à la médication anodine. Cette tendance est-elle bien prudente et bien heureuse ? Voici pour quelques médicaments les doses maxima indiquées, soit pour une dose, soit en vingt-quatre heures.

| DOSE MAXIMA : | Pour une dose | En 24 heures |
|---|---|---|
| Extrait alcoolique de balladone. | 0 gr. 03 | 0 gr. 10 |
| Extrait alcoolique de jusquiame. | 0 — 10 | 0 — 50 |
| Teinture d'aconit (racines) | 0 — 50 | 1 — 50 |
| Teinture colchique | 1 — 50 | 6 — |
| Teinture noix vomique | 1 — | 5 — |
| Teinture strophantus | 0 — 15 | 0 — 60 |

Si l'on débute d'emblée par ces doses maxima, on aura peut-être, chez un adulte vigoureux, ré-

sistant, de poids normal, une tolérance suffisante. Mais il est malgré tout plus habituel de donner les médicaments à des sujets affaiblis déjà et n'offrant pas, soit une santé, soit une constitution physique tout à fait irréprochables. Chez ces sujets moins robustes et à organes d'élimination moins parfaits, on aura trop souvent des accidents fort désagréables et parfois très sérieux. Or, il faut aujourd'hui, bien plus encore qu'autrefois, éviter jusqu'à la moindre apparence de faute. Avec la facilité de l'assistance judiciaire, les procès en indemnité, engagés au plus léger soupçon contre les médecins, sont devenus beaucoup plus nombreux. Même gagnés, ces procès obligent le médecin à des dépenses très sérieuses ; il n'a d'ailleurs aucun recours contre un adversaire qui, grâce à l'assistance, peut épuiser toutes les juridictions sans aucun risque et sans engager le moindre débourssé.

Certains faits récents semblent d'ailleurs démontrer qu'il y a dans beaucoup de médicaments une action spéciale persistant même à faible dose. Pour le fer, par exemple, l'inutilité des doses massives, pour lesquelles la tolérance est presque toujours très courte et très imparfaite, semble absolument démontrée.

Le fer n'est d'ailleurs jamais absorbé qu'en quantité très faible. Les médicaments ferrugineux semblent surtout agir par un mécanisme d'épargne en diminuant la destruction du fer normal dans l'organisme. Ils agissent non par leur masse, mais à la façon d'un ferment. C'est surtout à l'état colloïdal que les métaux se comportent comme de véritables ferments (ferments inorganiques de Breding). Même en proportion presque infime, un médicament peut donc déclancher et accélérer par sa présence les modifications chimiques les plus diverses dans l'organisme. Ces actions spéciales rendent plus rationnel encore l'emploi de doses faibles et très modérées, au moins au début. Bien souvent c'est en variant les formes médicamenteuses pour chaque produit, en cherchant celle qui est le mieux appropriée aux différents malades, bien plus qu'en donnant des doses massives et dangereuses, qu'on arrivera à un résultat.

## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**Prétuberculose et mensuration de poitrine,** par le Dr Boureille.

Notre distingué collaborateur, le Dr Boureille, vient de publier un très intéressant travail basé sur l'examen de 1.600 cas.

Il faut tenir le plus grand cas des mensurations physiologiques dans le diagnostic du tout début de la tuberculose pulmonaire. Ces mensurations physiologiques sont fournies par l'inspiration et l'expiration aux divers étages de la poitrine. Les mensurations anatomiques de la cage thoracique n'éclairent aucunement le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Les signes donnés par le poids de l'individu sont postérieurs à ceux donnés par l'étendue du champ respiratoire. L'importance de ces conclusions découle du nombre des cas examinés et de l'opposition entre les données anatomiques et les données physiologiques.

Il n'est rien de plus difficile à classer que les cas sains et les cas tuberculeux au tout début de leur affection. Souvent le médecin est hésitant et ne se décide pas à déclarer tuberculeux ou sain le consultant qui l'interroge.

Ce sont précisément ces cas où la tuberculose est douteuse, pour lesquels l'auteur a pensé à mensurer le thorax. Les examens ultérieurs ont montré que ces cas, où l'hésitation pouvait être permise, étaient réellement tuberculeux. Sans doute, la mensuration du périmètre thoracique seule pratiquée n'eût pas été suffisante pour entraîner la conviction.

Un homme perd ses forces depuis quelques semaines, est un peu essoufflé, se plaint de points de côté, tousse de temps à autre dans la journée ; une femme, fatiguée, essoufflée, toussotante, parle de plus en plus de troubles menstruels. Cependant, ces malades n'ont pas maigri. Leur aspect général est bon. Le médecin les ausculte et ne trouve pas le signe physique qui ébranle la conviction ; les crachats n'existent pas ou ne révèlent pas de bacilles à l'examen microscopique. Aucun des symptômes constatés n'est net.

A ce moment, on mensure le malade. L'examen de l'inspiration et de l'expiration révèle entre les deux mouvements respiratoires un écart insignifiant.

Jusqu'ici, le Dr Boureille ne trouvait en ce malade que des symptômes, des manières d'être qu'il décrivait, qui, par conséquent étaient loin d'en imposer.

On constate à ce moment, non plus un symptôme décrit par le malade, mais un signe physique très facile à déceler.

Il y a pas sûrement tuberculose pulmonaire, mais elle est très probable.

A ce moment-là, un traitement convenable sauvera toujours le malade. Les mensurations thoraciques physiologiques sont parmi les premiers signes qui donnent l'éveil. Elles sont très faciles à pratiquer : elles accusent des chiffres totalement différents chez les sujets sains et les tuberculeux au début, et ces différences se constatent dans la plupart des cas.

## CARNET DU PRATICIEN

### Impétigo

Faire tomber les croûtes (cataplasmes, ouataplasmes). (Sur le cuir chevelu, faire précéder leur application d'un badigeonnage à la vaseline.)

Puis laver avec des solutions parasiticides. Le sublimé est une de plus actives, mais demande des précautions. L'eau oxygénée à 12 volumes bien préparée est un excellent agent très recommandable.

L'alcool camphré, l'alcool acidifié, réussissent fort bien, mais sont un peu plus douloureux. L'eau d'Alibour a été très prônée :

| | |
|---|---|
| Eau distillée camphrée et filtrée | 300 grammes |
| Sulfate de zinc | 2 — |
| Sulfate de cuivre | 1 — |

On l'étend de deux à trois fois son volume d'eau bouillie.

Enfin, on tient en permanence sur les lésions la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Acide borique | parties égales |
| Lanoline | — — |
| Vaseline | — — |

On ne doit pas manquer de poursuivre les efflorescences dans les narines, etc. Dans le nez, on fait tomber les croûtes, on lave avec de l'eau salée et on met trois à quatre fois par jour :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 1 gramme |
| Lanoline | 20 — |

et mieux encore, surtout chez les jeunes enfants :

| | |
|---|---|
| Iodol | 1 gramme |
| Lanoline | 10 — |

Pour le bord des paupières :

| | |
|---|---|
| Oxyde jaune de mercure | 1 gramme |
| Lanoline | 12 — |
| Vaseline | 12 — |

Le traitement de l'impétigo du cuir chevelu n'est pas différent : ablation des croûtes, lotions antiseptiques, pommade boriquée.

On sait que l'impétigo de la face s'accompagne assez souvent de lésions de même nature sur la muqueuse des lèvres et même des joues. On peut considérer la *perlèche commissurale* comme rentrant dans son cadre. On badigeonnera les fissures et les érosions des muqueuses deux ou trois fois par jour avec :

| | |
|---|---|
| Sulfate de zinc ou sulfate de cuivre | 1 gramme |
| Eau distillée | 100 — |

ou avec :

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent | 1 gramme |
| Eau | 75 — |

En cas d'abcès intra-épidermique, on le mettra à nu en enlevant l'épiderme décollé, on lave à l'eau oxygénée, deux fois par jour, on sèche, et on badigeonne toute la surface, surtout les bords, avec :

| | |
|---|---|
| Bleu de méthylène | 1 gramme |
| Eau bouillie | 100 — |

et on panse avec de la poudre d'acide borique. Si l'érosion est saignante, un pansement au vin aromatique est le meilleur moyen de hâter la restauration de la couche cornée.

(Aubry.)






*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

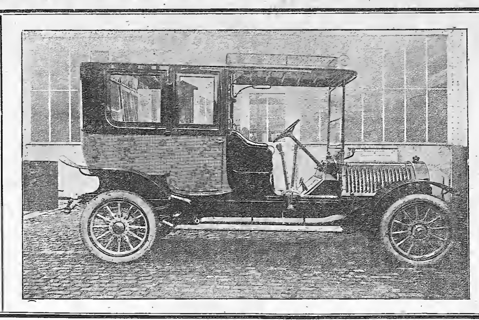
# La Voiture du Médecin

Le nombre des médecins qui sont décidés à adopter le véhicule automobile comme moyen de transport augmente sans cesse.

Avec les voitures légères et robustes qu'on fabrique actuellement, la question de la voiture du médecin de province et de campagne ne se pose pour ainsi dire plus. et on en est arrivé à des véhicules tellement simples que nos confrères des pays les plus reculés peuvent se passer de chauffeur et tourner eux-mêmes leur manivelle.

Il n'en est pas de même à Paris ni dans les grands centres de province où les exigences d'une circulation urbaine très intense et l'enervement qui résulterait de conduire dans les rues trop fréquentées et trop encombrées empêche d'une façon absolue le médecin de conduire lui-même.

Il faut donc qu'il ait une voiture fermée aussi confortable que possible, et il y a deux types qu'on peut lui recommander : ce sont la limousine et le landaulet-limousine. La première a l'inconvénient de ne pouvoir se découvrir, la seconde celui d'avoir des joints de capotage qui finissent toujours par fatiguer un peu. Cependant, si l'on s'adresse à une maison de premier ordre, et l'on a toujours intérêt à le faire, ce dernier inconvénient existe fort peu.



A ce point de vue, la première maison de carrosserie française est certainement la maison Rothschild, dirigée par MM. Rheims et Anscher ; aussi sa clientèle médicale tend-elle de plus en plus à se développer.

Il faut bien considérer, en effet, que le médecin qui prend une voiture a intérêt à avoir une carrosserie dont la construction soit tout à fait soignée. Bien souvent le véhicule ne sert pas seulement pour les courses professionnelles, mais il est utilisé pour les déplacements de la femme et des enfants du médecin, pour les sorties du soir et pour les promenades du dimanche. La carrosserie, tout aussi bien que le châssis a donc à supporter une fatigue considérable. L'entretien est très difficile ; le lavage souvent rapide et une carrosserie bon marché ou de mauvaise qualité ne résiste pas un an à ce régime ; les joints s'ouvrent, la peinture se détache, les ferrures prennent du jeu, la garniture s'abîme, il faut au bout de douze à quinze mois de service, refaire pour ainsi dire une voiture nouvelle, ce qui est très onéreux.

Les carrosseries Rothschild, au contraire, sont étudiées pour résister à toutes les fatigues, et c'est ce qui a fait jusqu'ici leur grand succès dans les pays neufs comme l'Argentine, le Brésil, l'Egypte, etc., où on n'a pas beaucoup le moyen de réparer. La clientèle exotique s'est aperçue, en effet, dès le début de l'automobilisme, qu'il valait mieux mettre le prix à un outil de bonne qualité, que de faire des réparations souvent difficiles à exécuter.

Si nous cherchons la cause de cette faveur, en examinant de près une limousine Rothschild par exemple, nous constatons :

1° Que la partie arrière de la voiture où le ballon proprement dit, d'une limousine, est constitué par des tôles métalliques rivées sur cornières, sans aucune partie de bois apparent, sans aucun joint par où l'eau puisse pénétrer, et surtout sans aucune de ces malheureuses moulures qui se décollent, s'écaillent et donnent aux voitures usagées un aspect si lamentable ;

2° Les portes qui, dans les véhicules automobiles, prennent si facilement du jeu, sont armées avec des bandes métalliques qui en entourent tout le bas et les empêchent de jouer. Elles sont portées par trois charnières en acier et le point d'appui du pène de la serrure est soulagé par l'adjonction de deux queues d'arondes en bronze ;

3° Les pavillons sont recouverts d'une tôle étamée soudée à un jet d'eau métallique, de telle sorte que, la pluie non seulement ne peut pénétrer à l'intérieur, comme dans les pavillons en bois ordinaires, mais encore, si l'on charge le toit, celui-ci ne peut s'abîmer en aucune manière.

Enfin, si l'on suit dans les ateliers toutes les préparations que subit une voiture Rothschild on constate qu'avant de recevoir leur peinture proprement dite les carrosseries sont imprimées avec deux couches de blanc, sept couches d'apprêt gris, une couche d'apprêt rouge ; si l'on y ajoute les couches de teinte et de vernis, on arrive à une vingtaine d'enduits successifs. Et l'on comprend pourquoi, si la main-d'œuvre est chère, le travail est aussi parfaitement fini.

Nous pensons donc être utiles à nos lecteurs en leur disant qu'avant de commander une voiture ils doivent visiter les beaux magasins de MM. Rheims et Anscher, avenue Malakoff, et leurs 20.000 mètres carrés d'ateliers à Levallois qui constituent un des plus beaux organismes industriels de notre pays.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Aix.**

Le Conseil municipal a voté une somme de 22.000 francs pour la participation de la ville au Congrès de Physiothérapie de Paris et à l'Exposition de Bruxelles.

**A l'Académie.**

Demande d'autorisation pour la source *Prima* de Contrexeville.

**La Société d'Hydrologie.**

Le banquet annuel de la *Société d'Hydrologie* aura lieu le 10 janvier sous la présidence du Professeur Landouzy.

**Le radium dans l'eau de mer.**

M. Joly publie dans la revue le *Radium*, le résultat d'expériences très intéressantes qui l'amènent à conclure que la teneur en radium varie de 2 à 34.10-12, soit dans la proportion de 1 à 17, quand on passe de la Méditerranée à la mer d'Irlande, alors que la composition chimique reste à peu près la même. Cette teneur apparente varie d'ailleurs beaucoup avec le mode opératoire, notamment avec le degré d'acidification que l'on a donné à l'eau par l'addition d'acide chlorhydrique avant de chasser l'émanation par l'ébullition. Les matières organiques en suspension semblent, d'autre part, diminuer le pouvoir émanant de l'eau : ce qui a fait imaginer par l'auteur une relation entre la teneur en émanation radioactive et la teneur de l'eau en substances organiques (plankton.) La quantité d'émanation présentée par l'Océan au voisinage de l'équateur est 300 fois plus grande que la teneur moyenne de l'atmosphère. Cette atmosphère n'en est donc pas l'origine. Il n'est pas possible non plus de faire appel aux vases du fond de l'Océan. Il y a donc bien dissémination des principes radioactifs dans l'eau même, avec courants de convection, et l'on est logiquement amené à supposer, si le phénomène est réellement d'ordre chimique, comme on l'admet d'habitude, et non physique, que les corps radioactifs proviennent, comme tous les éléments apportés dans l'eau de mer, de la destruction des continents et de l'entraînement de leurs éléments par les cours d'eau vers l'« égout universel ».

# ÉCHOS

**L'orchestre médical.**

Un groupe de confrères vient de se décider à tenter la création d'une Société symphonique « l'Orchestre médical », uniquement composée de médecins et d'étudiants en médecine. Les dames y seront admises. Indépendamment de l'ensemble orchestral qui promet d'être imposant, la nouvelle Société comprendra des sections de quatuor et de quintettes à cordes et à vent.

On sait que des groupements artistiques analogues existent déjà à Londres, à Stockholm et à Vienne.

Les confrères instrumentistes, désireux de faire partie de l'orchestre médical sont priés de s'inscrire chez l'un des membres du Comité d'organisation : MM. les Drs Blondel, 103, boulevard Haussmann; Destouches, 4, rue Thénard; Duchesne, 1, rue Rossini; Richelot, 3, rue Rabelais; Vaucaire, 52, rue de la Boétie, qui donneront tous renseignements désirables.

**Sur la privation du droit d'exercer la médecine.**

Les tribunaux prennent de plus en plus l'habitude de retirer le droit d'exercice aux médecins atteints par des condamnations. Cette grave sanction peut constituer par son abus un danger pour la profession médicale.

Notre excellent confrère M. le Dr Wicart écrit à ce sujet :

« Inlassablement, chaque fois que dans le prétoire sera appliquée l'exceptionnelle pénalité contre les médecins qui condamne à la misère forcée par la privation du droit d'exercice professionnel, je le signalerai à l'attention de tous les confrères qui sentent le danger de tels précédents. Or, en quelques mois, deux condamnations viennent successivement de retirer à nos confrères le droit d'exercer la médecine pendant cinq ans et pendant un an; tout récemment un troisième confrère, mis sur la sellette judiciaire à son tour, l'a échappé belle; le procureur dans son réquisitoire réclamait, outre la prison, l'interdiction d'exercer, propositions qui se sont heureusement trouvées repoussées par l'acquittement.

« Les raisons qui ont jusqu'ici entraîné cette jurisprudence inattendue sont assez légères pour émouvoir en prévision de l'avenir. J'ai voulu connaître l'opinion de plusieurs magistrats à propos de cette pénalité nouvelle, et je dois reconnaître qu'ils m'ont nettement affirmé ne jamais devoir recourir à une telle sanction. Ceci me rappelle le mot d'un président de tribunal jugeant, il y a environ deux ans, dans un procès intenté à un médecin à propos d'appendicite : « Tout comme les cochers, « les médecins sont responsables de tous les actes de « leur profession. » Me permettra-t-il, dans la circonstance, gardant le bénéfice de l'assimilation, de lui demander à combien de cochers a été retiré le droit de conduire, après écrasement de quelques piétons malhabiles? Il s'agit là de mesures d'exceptions prises contre le corps médical, mesures qui tendent, si nous n'y prenons garde, à devenir d'application courante. »

**IIe Congrès international des maladies professionnelles** (Bruxelles, 10-14 septembre 1910).

Ce Congrès qui se tiendra à Bruxelles en septembre 1910, porte à son ordre du jour les questions suivantes :

1. *Faut-il distinguer les maladies professionnelles des accidents du travail? Quels seraient leurs caractères différentiels?* — Comment convient-il d'interpréter les cas litigieux tel que : la hernie — le lumbago — le coup de chaleur — le coup de pression — le charbon des ouvriers tanneurs, trieurs de laines, brossiers, etc. — la syphilis des verriers — les lésions produites par la manipulation habituelle des caustiques?

2. *Quel est l'armement médical actuel des mines, des usines, des manufactures, des ateliers, des chantiers?* — Le certificat d'aptitude physique aux diverses professions. — Les recherches anthropologiques sur les jeunes ouvriers pendant les années d'apprentissage. — La surveillance médicale des ouvriers au travail. — Les principes d'organisation des services médicaux d'usines, de mines, etc. — Les statistiques de mortalité et de morbidité professionnelles.

3. *L'état présent de la lutte entreprise contre l'ankylostomasie.* — Les modes de contamination et leur importance relative. — La recherche méthodique des porteurs de vers — La valeur comparative des différents traitements et le contrôle médical consécutif. — L'examen critique des mesures d'assainissement réalisées ou proposées.

4. *L'œil et la vision dans leurs rapports avec les maladies professionnelles.* — L'éclairage rationnel des ateliers. — Les procédés photométriques. — Le surmenage oculaire. — L'acuité visuelle pendant l'apprentissage. — La cataracte et l'arc sénile des verriers et des ouvriers exposés aux rayonnements internes. — Le nystagmus des houilleurs. — L'œil saturnin. — Les lésions oculaires du sulfo-carbonisme. — Les ophtalmies dues aux poussières, aux gaz, aux vapeurs.

5. *Le travail dans l'air comprimé* — Pathogénie, ses lésions observées. — Le choix des sujets. — Les âges limités — La surveillance médicale. — La durée des plongées, des séjours dans les caissons et des intervalles des repos. — L'examen critique des procédés de décompression proposée : la décompression lente et régulièrement progressive; la décompression avec stages. — La récompression. — Le rôle de l'oxygène. Le casernement des ouvriers. — Les mesures prophylactiques spéciales.

6. *Les intoxications professionnelles.* — Le diagnostic précoce des principales intoxications. Les signes habituels d'une intoxication latente. Les névroses professionnelles d'origine toxique. — Les conséquences lointaines d'une intoxication professionnelle guérie en apparence. — L'influence des intoxications sur la genèse et la marche des maladies intercurrentes.

**Montres médicales.**

Un spécialiste notoire, M. Auricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

# POSTES MÉDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**STATION THERMALE.** — A vendre ou à louer, maison et installation du docteur ayant la plus grosse situation médicale de la station. (205)

**PARIS-IXe.** — Bon noyau de clientèle à céder pour cause de départ forcé. Bel appartement, ascenseur, etc. (205)

**ALLIER.** — Sous-préfecture. Bon poste d'avenir à céder. Recettes 10.000. Loyer 800. Indemnité 5.000. (203)

**SEINE-et-OISE.** — Région agréable. 2 docteurs dans la localité. L'un d'eux désireux de céder sa clientèle. (202)

**SEINE.** — A 10 minutes de Paris, docteur ayant belle clientèle : recettes 45.000, cherche successeur. Indemnité 40.000 Longue présentation. (199)

**CHER.** — Pour cause de départ urgent, à céder poste de 10.000 fr. Conditions avantageuses. (198)

**YONNE.** — Bon poste de 20.000 fr., à reprendre dans gros chef-lieu de canton. (195)

**PARIS.** — Beau quartier. Docteur céderait sa clientèle à confrère actif. Recettes 40.000. Loyer 3 600. Présentation sérieuse. On demande grosse indemnité. (194)

**ORNE.** — Poste de campagne à céder Recettes 10.000. On augmenterait de la moitié en faisant l'oculistique. (193)

**PARIS.** — A céder, **Cabinet Dentaire** à des conditions exceptionnelles. (190)

**Grande ville.** A 2 heures de Paris. — On céderait **Cabinet Dentaire**. Recettes 30.000. Facilité de paiement, pour cause de changement de situation. (189)

**VOSGES.** — Poste sans concurrence à céder. Recettes 17.000, une auto. Départ pour cause de santé. Faible indemnité. (177)

**SEINE-et-MARNE.** — Docteur âgé, seul médecin, céderait son poste. Plusieurs fixes. Successeur actif ferait 12 à 15.000. (167)

**NORD-OUEST.** — Grande ville. Clientèle aristocratique à céder. Recettes 35.000. Longue présentation. (140)

**Docteur** de Paris désire trouver acquéreur pour les meubles de son cabinet et salle de bains.

**Ancien Interne** des Hôpitaux désire reprendre clientèle agréable à Paris. (2191)

**Docteur de Lyon** cherche bon poste dans chef-lieu de canton ou petite ville région lyonnaise. (2190)

**Docteur** disposant de capitaux reprendrait ou s'associerait dans affaire para-médicale sérieuse et bien assise. (2189)

**Jeune Docteur** reprendrait à Paris, quartier excentrique, clientèle de 20.000 minimum. Paierait indemnité comptant (2188)

**Docteur** ayant exercé plusieurs années est désireux de reprendre dans la banlieue parisienne un poste de 25 à 30 000. (2187)

**Docteur** ayant poste de campagne cherche clientèle dans ville où il y ait lycée ou collège. (2186)

**Docteur** pressé de s'installer reprendrait immédiatement contre indemnité raisonnable bon poste dans un rayon de 200 kilom. de Paris. (2185)

**Docteur** âgé reprendrait clinique ou cabinet de consultations. (2184)

**Docteur sérieux** ayant références et pratique de la clientèle ferait remplacements toute l'année. (2183)

**Jeune Docteur** serait très heureux de trouver situation dans clinique, maison de santé ou assistant d'un docteur surchargé. Références. (2182)

**AVIS.** — **Jeune chirurgien-dentiste**, diplômé Ecole dentaire de Paris et Faculté de médecine de Paris, cherche une **place d'opérateur** dans cabinet dentaire. — S'adresser au Dr Frenkel, 36, rue Pergolèse.

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
DESGREZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'École de Médecine d'Angers
MOUREU, Prof. à l'École sup. de Pharmacie, Membre de l'Académie de Médecine

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Pres., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nos amis.**

Nous avons appris avec grand plaisir la nomination comme commandeur de la Légion d'honneur de notre éminent directeur scientifique M. le doyen Landouzy. Notre ami le Dr Savoire a reçu le ruban rouge ainsi que MM. Fabre-Domergue, inspecteur général des pêches, et Charlier. La rosette violette a été décernée au Dr Destonches et les palmes au Dr Monod, de Grasse.

A tous nos amis nos affectueuses félicitations.

**Diplômes.**

Un diplôme de grand prix à l'Exposition de Quito a été décerné au Dr Lucien Graux pour son envoi de livres et un autre à la *Gazette Médicale de Paris* dont l'antique collection et les numéros en espagnol ont intéressé le jury.

**Les Infirmiers.**

Le Conseil municipal a accordé au personnel non gradé des hôpitaux une certaine augmentation. Les infirmiers ont obtenu 200 francs de plus par an, ce qui porte leur traitement à 1.600 francs, et les infirmières, 150 francs. C'est un pas vers la pièce de cinq francs qu'ils réclament impérieusement, mais ils ont décidé, en assemblée générale à la Bourse du Travail, de ne pas cesser l'agitation tant qu'ils n'auront pas obtenu complète satisfaction.

Le personnel des hôpitaux exige, on le sait, 1.800 francs par an et l'externement pour les deux sexes.

Les infirmiers pour aboutir plus vite, vont dénoncer « les gaspillages de l'administration de l'Assistance publique en matière d'adjudications ». Ils demanderont un contrôle sévère ayant pour but de procurer de grosses économies qui pourront être employees à ameliorer le sort du personnel.

D'autre part, la Fédération des services de santé va entreprendre une vaste campagne pour obtenir la laïcisation des hôpitaux de province.

**La Protection de l'Enfance.**

La commission relative à la répression du vagabondage et de la mendicité a examiné, la proposition de M. Georges Berry tendant à réprimer l'exploitation des enfants livrés aux vagabonds, aux mendiants des rues, etc. Elle s'est déclarée, en principe, favorable à cette proposition et a chargé du rapport M. Pierre Berger.

D'autre part, MM. Félix Chantemps et Borrel déposeront, à la proposition de M. Berry, un amendement dans le but de la renforcer. Ils demanderont que l'article 463 du Code pénal sur les circonstances atténuantes et que la loi du 26 mars 1891 relative au sursis ne soient jamais applicables à ce genre de délits.

**Hommes-nourrices.**

« J'ai veu, à Gennes, Antoine Benzum, qui estait de la ville du Port-Maurice, âgé de trente-quatre ans passés, qui n'avait moult de barbe d'une habitude corporelle grasse, des mamelles duquel tant de laict distilait, qu'il en eust peu allaicter un enfant; et non seulement ce laict degoustait, ains il sortait d'impetuosité. » Jérôme Cardan, *de la subtilité*, etc. Rouen, 1542 p. 315. (*Chronique Méd.*)

**Fédération des Médecins de la Région Parisienne (Syndicat Médical de Paris).**

Monsieur le Président,

Le Syndicat Médical de Paris, réuni en Assemblée générale le 28 Novembre dernier, a décidé la constitution d'une Fédération permanente des médecins de la région parisienne (1).

Vous connaissez les résultats si rapidement obtenus par une fédération partielle, occasionnelle. Le relèvement des honoraires est chose faite, grâce à elle.

La première partie de notre programme aura pour but de modifier les rapports entre les médecins et les sociétés de secours mutuels.

Cette question, en effet, domine toutes les autres. Il ne faut pas chercher ailleurs les origines réelles de la crise médicale.

Les mutualistes se comptent par millions. Fiers de ce nombre chaque jour grandissant, fiers de cette prosperité que notre imprévoyance a créée, que notre générosité persistante affermit, ils oublient que, dans leur organisation, le médecin joue un rôle essentiel. Ils ont affirmé publiquement, officiellement (Congrès de Nancy) qu'étant le nombre ils étaient la force, et qu'ils pouvaient ainsi méconnaître nos plus légitimes revendications. — Sous cette menace, unissons-nous à notre tour.

Ce n'est pas le mutualiste seul, c'est aussi le médecin qui détient cette force et qui doit proclamer et imposer ses droits.

Nous le ferons, sans combattre une œuvre de très belle solidarité, et sans porter atteinte à des situations acquises que nous voulons améliorer.

Notre but est de mettre fin à une exploitation qui nous amoindrit, nous accable sans merci, et nous ruine.

Il y va de la vie même de notre corporation et nous vous convions, Monsieur le Président, vous et votre groupement, à cette effort pressant.

Nous vous prions donc de vouloir bien désigner deux délégués que nous convoquerons à une prochaine réunion de notre comité (Organisation de la Fédération).

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

*Le comité provisoire de la Fédération :*

Drs Barbier, Berruyer, Chapon, Dalché, Descoust, Le Fur, De Pradel, Louis Régis.

Adresser les réponses au Dr De Pradel, secrétaire général du S. M. P., 120, avenue Emile-Zola.

(1) Voir le Rapport du Dr Chapon publié dans le Bulletin officiel du Syndicat Médical de Paris, le 1er Novembre 1909.

**La Traite des Blanches.**

Les Etats-Unis protestent contre la traite des blanches dans leur pays. Nous devons constater avec regret que les Françaises qui se livrent à la prostitution sont très nombreuses.

La commission américaine a noté les cours de ces esclaves sur le marché de la traite. Une Française est cotée de 2.500 à 5.000 francs ; une Chinoise, de 1 000 à 1.500 francs ; les Japonaises se négocient à 2.000 francs au détail, à 1.500 fr. par lots.

**La loi Grammont et la vivisection.**

Sur l'initiative d'un certain nombre de députés, un nouveau groupe vient de se former à la Chambre dont le but principal est de réformer et d'étendre la loi Grammont et de réglementer la vivisection. M. Beauquier a été nommé président, MM. de Pressensé et Millevoye ont été désignés comme vice-présidents.

**Fixation de la journée d'hôpital.**

Le Conseil général de la Seine vient de fixer à 4 fr. 78 le prix de la journée pour les malades indigents de la banlieue admis dans les hôpitaux de Paris.

Les cinq dixièmes de cette dépense seront à la charge du département ; les communes régleront quatre des dixièmes restants, le dernier dixième incombant à l'Assistance publique.

## Anomalies du Rein et Reins soudés

Par le Docteur Ed. LESSELIERS
Assistant à la Clinique dermatologique de l'Université de Gand

Les reins sont parmi les organes abdominaux, de ceux qui présentent le plus fréquemment des anomalies.

Ces anomalies sont de divers ordres : d'abord anomalies par défaut ou par excès ; en second lieu, anomalies par deplacement ; enfin, anomalies par fusion.

Geoffroy Saint-Hilaire disait déjà que de tous les organes pairs les reins sont les plus sujets à présenter des anomalies de nombre.

Les anomalies par défaut comprennent d'abord les cas d'absence totale des deux reins. Ces cas sont excessivement rares. Nous en trouvons relaté un par Snellen, le célèbre oculiste des Pays-Bas, qui le décrit soigneusement dans sa thèse de doctorat en 1865.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'un fœtus né à peu près à terme, où tout le système uropoétique faisait défaut.

Snellen, outre le cas qu'il décrit, n'en a vu relater que deux autres.

Il existe aussi des cas où un rein manque totalement alors que le rein subsistant ne présente aucune anomalie, qu'il occupe sa position normale et possède un volume normal ; où, en un mot, on ne peut pas soupçonner une soudure ou une fusion des deux organes en un seul. Cette anomalie est signalée dans le traité de Geoffroy Saint-Hilaire.

Les anomalies par excès de nombre se rencontrent beaucoup plus fréquemment, mais dans la majorité des cas cités dans la littérature, il ne s'agit pas de reins multiples vrais, mais de reins lobulés dont les lobules sont si profondément séparés les uns des autres qu'ils en imposent pour autant de reins distincts.

L'année dernière pourtant un chirurgien, Dumitreanu (*in Urologiai Szemle* n° 4), a signalé le cas d'un rein double d'un côté ; avec deux bassinets et deux uretères, mais ceux-ci étaient soudés avant de penétrer dans la vessie.

Une moitié de ce rein double était atteint de pyélo-néphrite, tout l'organe fut enlevé, et l'opération réussit parfaitement.

Les anomalies par déplacement sont trop fréquentes, pour que je m'arrête ici sur ce point ; reconnu déjà en 1581, par François Pedemontanes, le rein ectopique est un cas que tous les praticiens ont eu l'occasion d'étudier.

Restent enfin les anomalies par reunion des deux organes. La réunion peut atteindre différents degres depuis le simple accollement ou jonction, jusqu'à la soudure parfaite comprenant non seulement le tissu conjonctif périrénal mais encore la capsule et le tissu rénal lui-même.

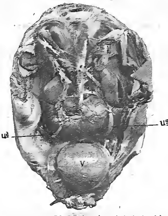
Les cas de reins soudés sont dejà signalés par des auteurs assez anciens, par exemple par Haller, Portal, Roux, Martin Saint-Ange, Geoffroy de Saint-Hilaire ; d'autres auteurs encore en ont parlé tels Meckel, Poirier, etc.

Geoffroy de Saint-Hilaire range cette anomalie dans la classe des anomalies simples ou hemitéries.

Généralement les reins sont réunis par leur extrémité inférieure ; ils forment alors un croissant ouvert en haut qui est placé transversalement au devant de la colonne ; la réunion par le pôle supérieur des reins est infiniment plus rare.

Les soudures des reins sont presque toujours accompagnées du déplacement de l'un au moins des deux organes.

Le cas que j'ai eu l'avantage de rencontrer au cours d'une autopsie rentre dans cette dernière catégorie. En voici une description sommaire.




RD Rein droit. — RG. Rein gauche. — A. Aorte abdominale. — 1-2. Artères renales gauches. — 3-4. Artères rénales droites. — Ug. Uretère gauche. — Ud. Uretère droite. — V. Vessie.

Les reins, en raison du jeune âge du sujet (quatre mois) sont lobulés ; le rein gauche occupe à peu près sa position normale : par son extrémité supérieure il atteint le bord inférieur de la onzième côte. Son grand axe est à peu près vertical, son bord interne est situé à un centimètre de la colonne vertébrale.

Quant au rein droit, il semble avoir basculé : son grand axe est devenu presque horizontal, son extrémité supérieure est située à un centimètre et demi plus bas que l'extrémité supérieure du rein gauche, et par la face postérieure de son extrémité inférieure il est accolé à la face antérieure de l'extrémité inférieure de l'autre rein.

Le plan de réunion se dirige en bas et en dehors, il est situé à un centimètre environ à gauche de la colonne et forme avec celle-ci un angle de 45° ouvert vers le bas.

La capsule surrénale gauche est accolée sur le rein du même côté mais la capsule surrénale droite est située un peu au-dessus de l'extrémité supérieure du rein de ce côté.

Les deux hiles sont parfaitement distincts.

Il y a deux bassinets et deux uretères : l'uretère gauche sort du hile du rein gauche, descend latéralement et parallèlement par rapport à l'axe du rein gauche et croise la ligne de réunion des deux reins pour se rendre dans la vessie.

L'uretère droit, formant un angle droit avec le bassinet ainsi qu'avec l'axe du rein droit descend verticalement au devant de ce dernier, est parallèle à la colonne et situé à un centimètre à droite de celle-ci.

Au lieu de voir deux artères rénales comme normalement, nous voyons ici quatre artères distinctes ayant leur origine dans l'aorte abdominale et se dirigeant vers les reins. Une première a son origine dans la face gauche de l'aorte et au niveau de l'extrémité toute supérieure du rein droit, elle se dirige vers le hile du rein gauche.

Trois autres artères ont leur origine presque au même niveau c'est-à-dire à un centimètre et demi plus bas que la première.

L'une nait sur la face gauche de l'aorte et va vers la partie inférieure du rein gauche au voisinage immédiat de la ligne de réunion des deux reins.

Les deux autres, dont l'une nait de la face antérieure de l'aorte et l'autre de la face droite de cette artère, se rendent au rein droit : la première descend verticalement vers le hile du rein, la seconde est perpendiculaire à l'aorte et va au lobe supérieur du rein droit.

J'ai recherché dans la collection du musée d'anatomie de l'Université d'autres cas de reins soudés ou en fer à cheval : j'en ai trouvé trois ; il y en a deux d'adultes et un d'enfant.

Ce dernier cas ressemble beaucoup à celui que je viens de décrire, mais il est à ce dernier comme un objet est à son image dans un miroir plan, c'est-à-dire que dans ce cas-ci c'est le rein droit qui occupe sa position normale tandis que le rein gauche a une position horizontale : il y a deux uretères distincts, et quatre artères rénales ; deux se rendent au rein droit et deux au rein gauche ; l'une des quatre artères nait plus haut que les trois autres qui naissent au même niveau ; ce dernier détail complète encore l'analogie entre cette pièce et celle que je viens de démontrer.

Parmi les autres exemplaires, l'un est un cas de reins soudés où les deux parties sont symétriques, les deux extrémités supérieures venant au même niveau ; il y a deux uretères distincts et deux artères rénales ; uretères et artères suivent leur trajet normal et occupent les uns par rapport aux autres leur position habituelle.

Pour ce qui est du dernier cas de rein en fer à cheval qui appartient à la collection, l'organe est isolé, il est donc difficile de déterminer ses rapports avec les autres viscères ainsi qu'avec le squelette ; il semble qu'il y ait en également deux artères rénales et deux uretères distincts.

Une question qu'il est permis de se poser maintenant, c'est celle de savoir si cette anomalie a une répercussion sur la santé des sujets qui en sont porteurs et aussi comment ces organes ainsi modifiés se comporteraient s'ils devenaient le siège de l'une ou de l'autre affection.

Il me semble que le nombre respectable de reins soudés trouvés chez l'adulte indique suffisamment que l'anomalie dont je me suis occupé dans les lignes qui précèdent est parfaitement compatible avec une santé normale. En effet, dans la plupart des cas les reins soudés ont le même volume que s'ils etaient séparés, et les bassinets et les uretères sont presque toujours doubles, il n'y a donc rien qui puisse à première vue indiquer une gêne ou même un ralentissement dans le fonctionnement de l'organe. Il y a pourtant un détail qui pourrait bien donner lieu à des conséquences pathologiques ; je veux parler de la forte courbure des uretères, laquelle est probablement cause de ralentissement dans l'écoulement de l'urine et prédispose par suite à l'hydronephrose avec toutes ses conséquences.

Quant à savoir comment les reins soudés se comportent s'ils viennent à être atteints de l'une ou de l'autre affection, cela paraît plus difficile à établir. Il est certain que le degré d'intimité de la soudure joue ici un rôle capital au double point de vue de la pathogenie et de la thérapeutique, qu'il s'agisse d'une infection comme la tuberculose ou bien d'un neoplasme malin.

Il est evident que la néphrectomie totale devenant impossible dans ces cas-ci, le pronostic d'ensemble des interventions sur les reins soudés en est singulièrement assombri. Nous avons pourtant eu le plaisir de voir tout recemment à la Société de Médecine de Gand, un malade présenté par M. de Beyer, malade porteur de reins soudés ; les reins étaient calculeux ; les calculs avaient été extirpés et le malade

avait parfaitement guéri. La palpation à travers les parois abdominales permettait encore de sentir fort bien la forme en fer à cheval de ces deux reins réunis en un seul.

Je pense que cette particularité de rencontrer des reins soudés ou en fer à cheval est peut-être bien moins rare que l'on pouvait le croire jadis.

Autrefois, nous n'avions, en effet, pour renseignements, que ceux provenant des cas constatés aux autopsies; or, le nombre des cadavres autopsiés n'a jamais formé, même dans les grands centres, qu'une infime minorité. Maintenant, au contraire, avec le magnifique essor qu'a pris, d'une part, la chirurgie rénale, le nombre des interventions sur les reins augmentera de jour en jour et, d'autre part, la technique de la radiographie devenant de plus en plus précise, nous posséderons deux puissants facteurs d'investigation qui sont appelés à élargir grandement nos connaissances sur les anomalies rénales.

## Note sur un cas de Méningite hystérique

Par M. le Dr MASBRENIER (de Melun)

L'observation concerne une jeune fille, âgée de 21 ans, grande et d'apparence assez vigoureuse, près de laquelle nous fûmes appelé le vendredi 23 avril dernier. Le matin même, la malade avait été prise d'une céphalée intense avec fièvre, rachialgie et vomissements alimentaires répétés.

En raison d'une recrudescence de l'épidémie qui régnait alors, nous fîmes le diagnostic provisoire de grippe et instituâmes un traitement par la phenacétine et la quinine. Mais le lendemain et le surlendemain, l'état de la malade va en s'aggravant ; bien que la fièvre, qui n'a guère dépassé 39°, soit tombée, la céphalée est intense, la malade accuse de la photophobie, de la raideur de la nuque et un certain degré de contracture des membres inférieurs, sans cependant de signe de Kernig net. La malade qui, de temps à autre, a des pauses respiratoires, est dans un état de torpeur accentué. Pensant qu'il y a des réserves à faire quant à la possibilité d'une méningite cérébro-spinale, nous songeons plus encore à la possibilité d'une méningite bacillaire. La malade a perdu ses parents de tuberculose ; son frère est tuberculeux et elle cohabite avec une sœur à la dernière période d'une tuberculose cavitaire. Faisant part à l'entourage de nos craintes, nous faisons appliquer de la glace sur la tête et, avant de faire une ponction lombaire, nous examinons soigneusement la malade avec notre confrère Chausserie-Laprée. Les antécédents personnels se réduisent à une affection laryngée mal déterminée pour laquelle une opération chirurgicale aurait été proposée, mais qui se serait terminée spontanément au bout d'une année par le rejet d'une « boule de chair ».

L'entourage, tout en insistant sur une exposition prolongée au soleil à laquelle aurait été soumise la malade, incrimine aussi le surmenage occasionné à la fois par son métier de demoiselle de magasin et par les fonctions de garde-malade qu'elle remplit près de sa sœur.

L'examen de la malade nous permet de constater que la douleur de tête est localisée à la pression en un point du vertex, et que si la raideur de la nuque n'est pas très accusée, il existe, en revanche, deux points hyperesthésiques du rachis, au niveau de la nuque et au niveau de la crête sacrée. Enfin, l'exploration de la sensibilité montre une hémianesthésie gauche très accentuée avec diminution de l'acuité auditive et visuelle. Cette hémianesthésie avec la crise de larmes qui termine notre examen nous fait pencher vers le diagnostic de méningisme hystérique et prescrire du bromure et de la valériane.

Le mercredi, bien que l'état de la malade ne se soit pas modifié, les présomptions en faveur du méningisme purement névropathique sont encore fortifiées par l'aveu fait par la malade d'une crise de nerfs ayant précédé de quelques jours les troubles actuels et causée par les tourments que cause à Mlle R... l'état de sa sœur.

Elle entrevoit, en effet, l'issue fatale et nous déclare qu'elle ne saurait lui survivre.

Revenant enfin sur l'histoire des troubles laryngés présentés par elle, elle déclare cette fois que ces troubles étaient survenus à la suite d'une émotion violente.

Le diagnostic semblant évident, nous nous contentons d'affirmer à la malade que ses chagrins et ses fatigues sont la seule cause de ses souffrances momentanées, que, le même jour, elle pourra se lever pendant une heure et que le dimanche suivant elle sera guérie et recevra les visites de ses amis. Nous prescrivons un peu d'acide phosphorique et défendons à la malade d'entrer dans la chambre de sa sœur.

A partir de ce moment, tous les symptômes vont en s'amendant et le dimanche la malade ne présente plus qu'un peu de fatigue.

Depuis, nous avons insisté pour éloigner la malade de sa sœur, mais cette séparation n'a pu s'effectuer qu'après plus d'un mois. L'état général s'est un peu altéré et la malade, ces jours-ci, nous écrivait qu'elle avait maigri de 2 kilogrammes. Nous nous demandons si, conformément à l'opinion admise par le docteur Dupré, il n'y a pas lieu, en pareil cas, de redouter pour l'avenir l'éclosion d'une méningite vraie dont les conditions de milieu sont propres à provoquer l'apparition.

Un autre point intéressant de cette observation nous semble être l'existence d'une hémianesthésie très nette chez une malade qui affirme qu'on n'a jamais exploré sa sensibilité. Peut être y a-t-il quelques réserves à faire sur la possibilité d'une hémianesthésie provoquée par une exploration faite au moment des troubles laryngés. Cette explication est cependant discutable et notre observation semblerait venir à l'appui de l'opinion que les stigmates hystériques peuvent exister en dehors de toute suggestion.



## La limitation du nombre des Médecins

Par le Docteur ANGELVIN

Que l'exercice de la médecine soit libre ou non, la Société a, dans tous les cas, intérêt à délivrer des diplômes témoignant d'études spéciales dans l'art de guérir. Mais ces diplômes, est-il bon pour elle de les accorder sans limite ? Je ne le crois pas. J'ai tâché de démontrer ailleurs, que la Société avait tout à gagner à posséder des médecins consciencieux, dégagés de soucis matériels, n'ayant d'autre préoccupation que de donner à leurs malades tout leur temps et toute leur science. Est-ce possible si elle jette dans la circulation des concurrents en nombre indéfini ? Ces concurrents, tous désireux de vivre largement de leur profession, plus ou moins « arrivistes », n'ayant, pour la plupart, aucune fortune personnelle, n'arrivera-t-il pas à beaucoup d'entre eux d'écouter les mauvaises suggestions de la misère, d'être tentés d'exploiter de toutes façons la collectivité ? Et puis, tout bien pesé, est-il moral d'introduire la concurrence dans une profession où elle n'a que faire, dans une profession où il est vraiment trop facile aux gens sans scrupules d'écraser leurs rivaux, puisque tout, dans les rapports entre malades et médecins, n'est qu'une question de confiance? La concurrence, excellente dans le commerce, est détestable en médecine : l'émulation y suffit.

Il faut donc supprimer la concurence entre médecins, et, pour cela, le meilleur moyen est celui que l'on a déjà préconisé à plusieurs reprises, et que le Dr Tourtourat va soumettre au prochain Congrès des praticiens : c'est la limitation du nombre des médecins par celle du nombre des étudiants en médecine Cette limitation, on a tenté de la faire en rendant les études plus longues et les examens plus difficiles. Mauvais moyen. Vous ne ferez jamais admettre aux parents d'un étudiant que leur fils, une fois entré dans la filière, n'en sortira pas fatalement docteur. Si la Faculté fait des difficultés, on mettra en jeu toute la gamme des recommandations, jusqu'à ce que le but soit atteint. Je préfère donc, pour ma part, le concours à l'entrée de l'école, comme à l'Ecole de santé de Lyon ou comme à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. Suivant les besoins, le nombre des admis serait plus ou moins important.

Mais ces besoins, comment l'Etat les connaitra-t-il, puisque les médecins ne sont pas fonctionnaires ? C'est ici que ma conception de la Corporation des médecins montrerait son extrême utilité. Cette corporation déterminerait le nombre de postes médicaux par région, comme cela se passe pour les études de notaires. Ce nombre serait toujours établi de façon que le titulaire puisse y gagner plus que le nécessaire pour vivre. Au besoin, c'est la corporation qui seule aurait le droit de traiter avec les collectivités, pour le compte du médecin.

De la sorte, le médecin, investi d'un poste par ses confrères, ayant en poche des contrats en due forme lui assurant des honoraires... honorables, n'ayant plus le souci

de se défendre contre cette vile, basse, ignoble « invidia », honte de la profession, pourrait conserver dans la Société la place à laquelle il a droit, et regagner la part de considération qu'il a déjà perdue dans l'esprit du public. Cela, l'union seule, succédant à l'anarchie actuelle, peut le lui assurer.

## L'ALGÉRIE

### Possède un beau domaine hydro-minéral

### ET DOIT L'EXPLOITER.

### Afin d'y parvenir

Par le Professeur FLEURY (de Rennes)
Ex-suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger

S'il est une contrée qui doive attirer et retenir l'attention des hydrologistes, c'est bien l'Algérie, car les sources thermo-minérales y sont nombreuses. Peu sont connues, peu ont été analysées d'une façon complète, une quarantaine environ; maigre résultat, quand on songe que le nombre des sources, relevé par le Service des mines, s'élevait, en 1886, à 174. Une belle richesse, comme on voit. A plusieurs reprises, l'attention du Gouvernement Général de l'Algérie a été appelée sur elle, mais jusqu'à présent les tentatives faites pour la mettre en valeur n'ont pas donné de résultats appréciables. Seuls, ou presque seuls, les indigènes (Arabes et Juifs) utilisent — et combien peu scientifiquement! — la merveilleuse ressource thérapeutique que la nature leur prodigue. Les Européens habitant l'Algérie s'en désintéressent à peu près, bien que certains établissements soient aménagés pour les recevoir. C'est ainsi qu'il nous serait facile de citer une station thermale de la banlieue d'Alger dont le magnifique hôtel tarde quelquefois à ouvrir ses portes, la saison venue, faute d'un nombre suffisant de clients.

Pourquoi ce désintéressement, pourquoi ce peu d'inclination qu'éprouvent les nôtres à fréquenter des stations situées quelquefois à proximité de leur résidence? C'est beaucoup parce que ces stations ne sont pas suffisamment connues, c'est plus encore parce qu'elles ne sont pas lancées, parce qu'elles ne sont pas à la mode. Dans le pays, on n'en parle pas ou on en parle peu et, chaque année, on voit une foule de rhumatisants quitter l'Algérie pour venir en France user d'eaux similaires à celles qu'ils dédaignent et qui coulent à leur portée. Certainement beaucoup sont attirés dans la métropole par les attractions qu'offrent certaines stations privilégiées, mais il en est d'autres qui ne recherchent pas en France la ville d'eaux à la mode, qui vont là où la vie est calme et peu mondaine. Ce sont les baigneurs sages et généralement ce sont les plus malades. Eh bien, ceux-là n'ont rien à gagner — nous parlons des rhumatisants — à quitter l'Algérie où, sans aller bien loin, ils trouveraient dès maintenant à se soigner: Hammam-R'hira avoisine Alger, Hammam-Meskoutine et Hammam-Salahin sont à proximité de Constantine et Hammam-bou-Hanifia est dans la dépendance d'Oran. Si nous ne citons que ces stations — quatre en tout — c'est que ce sont les seules qui soient installées à l'européenne et qu'un baigneur, habitué à tant soit peu de confortable, puisse actuellement fréquenter.

Les étrangers, particulièrement les Anglais, les Allemands, les Suisses, connaissent mieux, il est pénible de le constater, les stations thermales algériennes que les Algériens eux-mêmes. Chaque année c'est en effet à la clientèle étrangère que l'on doit de voir fonctionner certains établissements. Malheureusement, même ceux-là y viennent en trop petit nombre. Il faudrait, pour amener les baigneurs de toutes nationalités, Français et autres, s'occuper sérieusement et d'une façon continue, permanente, des richesses thermales de la colonie. Il faudrait en faire connaître les ressources thérapeutiques, car les eaux thermales algériennes ne sont guère utilisées qu'à traiter le rhumatisme en ses diverses modalités. Ce n'est pas suffisant. Si les sources étaient mieux connues, il n'est pas douteux que l'on reconnaîtrait à beaucoup d'elles des propriétés thérapeutiques variées et qu'on leur trouverait d'autres spécialisations. Il faut cela et plus encore. Il faut se mettre à la recherche des sources qui sont mal représentées dans la colonie, qui manquent à la collection, car la gamme n'est pas complète. Il y a des lacunes. Quand on aura trouvé en Algérie des sources alcalines — et ce n'est pas improbable, étant donné que, par endroits, la constitution du sol laisse entrevoir leur existence — on aura doté le pays d'une catégorie d'eaux qui lui manque. Peut-être ainsi, et seulement à ce compte, on arrivera à retenir en Algérie les centaines de passagers qui, chaque été, traversent la Méditerranée — souvent aux frais de l'Administration — pour venir user soit à Vichy, soit à Vals, des eaux alcalines si utiles au traitement de diverses affections du tube digestif ou du foie, trop souvent inhérentes à un séjour de quelque durée dans les colonies.

Nous disons que les sources alcalines font défaut en Algérie. C'est aller trop loin. On en connaît quelques-unes, mais peu riches en bicarbonate de sodium (Ben-Haroun, Takitount) ou d'autres qui contiennent ce sel associé au bicarbonate de calcium, ce qui les rapproche des eaux de Pougues (Aïn-Sennour). Mais c'est là à peu près tout. On ne saurait, en effet, mettre les source d'Hammam-bou-Hadjar au rang des alcalines, la proportion de sel marin y étant plus forte que celle des bicarbonates.

Ce qu'il faut rechercher aussi ce sont les sources sulfureuses proprement dites. Jusqu'à présent il en a été peu signalé et même il n'est pas bien établi que celles qui ont été données comme telles rentrent nettement dans cette catégorie. A Aïn-Nouissy, on connaît bien une sulfureuse sodique à débit considérable, mais cette eau contient une forte proportion de chlorure de sodium, plus de 17 gr. par litre et on ne peut l'assimiler aux eaux pyrénéennes, ni sous ce rapport, ni sous celui de sa température, + 20° 2.

Pour se rendre compte de la pauvreté de l'Algérie en eaux alcalines et en eaux sulfureuses — et, pour les eaux ferrugineuses, il en est de même — il suffit de se reporter au tableau III du remarquable rapport que M. le prof. Trolard a présenté en 1901 à M. le Gouverneur Général de l'Algérie. On verra là que la plupart des sources, désignées comme sulfureuses ou comme ferrugineuses, sont marquées du point d'incertitude. C'est dire combien un travail de revision de toutes les analyses des sources devient indispensable, si l'on désire être fixé sur leur composition.

Le rapport auquel nous faisons allusion est remarquable, disons-nous. C'est lui que nous avons surtout consulté pour nous documenter sur l'hydrologie algérienne. Il fut rédigé à la suite d'une enquête conduite par une commission nommée par le Gouverneur Général sur les instances du comité d'études médicales de l'Algérie. Cette commission envoya un questionnaire à toutes les communes de l'Algérie, 64 l'ont retourné faisant connaître 93 sources, ce qui ne représente pas le total de celles existantes, puisque nous avons vu que le Service des mines en comptait 174. Il est même vraisemblable que, depuis cette époque (1886), ce nombre s'est accru encore. Quoi qu'il en soit, 93 sources ont été signalées dans les réponses faites par les communes; comme, sur ce nombre, 40 à peine sont bien étudiées, on voit que le nombre de celles à classer reste considérable. Qui dit que, parmi celles dont on ne s'est pas encore occupé, ne se trouvent des représentants des sources qu'il serait heureux de découvrir : sources alcalines et ferrugineuses, d'une part, sources sulfureuses, d'une autre?

Aussi M. Trolard termine-t-il ce rapport en exprimant le désir que la question des eaux minérales algériennes soit mise au point par une personnalité connue et appréciée du monde scientifique et c'est ainsi que M. le prof. Hanriot fut chargé de trois missions (en 1906, 1907 et 1908) dans le but de faire une double étude : 1° sur la salubrité des stations thermales et climatériques ; 2° sur les eaux au point de vue de leur composition et de leur valeur thérapeutique. Dès son premier voyage, M. Hanriot remarqua que l'Algérie est abondamment pourvue de sources minérales, mais principalement à ses deux extrémités, le département d'Alger étant moins bien doté que les autres. En Oranie, domineraient les eaux chlorurées; dans la province de Constantine, les eaux sulfureuses. Quant aux eaux alcalines lui aussi constate qu'elles sont rares et d'une minéralisation rudimentaire. De même, M. Hanriot a trouvé peu de sources ferrugineuses et peu d'oligométalliques. Il a signalé aussi l'absence complète d'eaux sulfatées sodiques et magnésiennes, mais, sur ce chapitre, la France est également très mal partagée. Les eaux circulant dans le sous-sol du Sahara sont bien magnésiennes, mais pas suffisamment pour être classées parmi les purgatives.

En résumé, M. Hanriot a fait en Algérie un travail fort utile puisqu'il a mis au point les questions intéressant les sources qu'il a visitées. Les résultats analytiques qu'il a donnés sont en effet comparables, les dosages ayant toujours été pratiqués par les mêmes méthodes, ceux de l'hydrogène sulfuré, de l'acide carbonique et de l'alcalinité à la source même, les autres au laboratoire. Puis les choses en sont resté là. Or, ce

n'est pas suffisant. Il faut maintenant achever de faire complète connaissance avec les ressources hydrothermales de l'Algérie, puis, ce travail accompli, surtout s'il n'a pas amené la découverte d'eaux alcalines, sulfureuses, ferrugineuses ou oligométalliques, se préoccuper de combler ces lacunes en pratiquant des forages. Enfin, il faudra mettre en valeur les acquisitions nouvelles et l'on doit pouvoir y parvenir. Du temps de l'occupation romaine certaines stations algériennes étaient prospères, des ruines imposantes en témoignent, comme à Hammam-R'hira, que ne le sont-elles encore aujourd'hui? L'eau n'a pas perdu de ses qualités, la mode a passé, il faut la faire revenir. Comment cela? Une belle occasion d'agir se présente.

Actuellement, en effet, est résolue devant le Sénat la question de la création d'une Université à Alger, projet qui comporte, entre autres modifications, celui de la transformation de l'Ecole de médecine actuelle en Faculté de médecine. Eh bien, c'est le cas de créer dans cette Faculté naissante une chaire où serait enseignée l'hydrologie médicale. En France, il n'est aujourd'hui qu'une seule Université où fonctionne un tel enseignement, Toulouse, centre hydrologique important à cause du voisinage des Pyrénées. Or, l'Algérie, dont l'hydrologie hydro-thermale est à compléter, peut bien s'offrir ce qui existe à Toulouse. L'Algérie le fera d'autant plus volontiers qu'un autre enseignement, celui de la climatotherapie, pourrait être annexé à l'hydrologie. Ces deux sciences marchent de pair surtout en ce qui concerne notre colonie. N'est-ce pas grâce à son climat special, recherché par tant de valétudinaires que l'Algérie est surtout connue? Il faut qu'elle le soit davantage et attire non seulement ceux qui vont bien loin passer la mauvaise saison, aux Canaries, à Palerme, au Caire, mais encore les baigneurs en quête d'une station thermale ouverte durant l'hiver.

Et quand ce desideratum sera réalisé, grâce aux leçons, aux écrits, aux conférences que pourra faire le nouveau professeur, tant en Algérie qu'en France ou à l'étranger, Millon sera devenu prophète. Dès 1856, en effet, ce pharmacien militaire perspicace n'écrivait-il pas :

« Ce qui manque aux eaux minérales de France pourtant si riches et si variées, ce que rien au monde ne saurait leur donner, c'est un climat tempéré pendant les mois d'hiver. Dès que l'été finit, on les déserte.

« Le médecin lui-même prescrit aux malades de partir; c'est en vain que la cure est heureusement entamée; le baigneur sent que les forces et la santé lui reviennent; il est à mi-chemin de la guérison... Il faut partir... »

Puis, parlant de l'Algérie : « Là, l'hiver n'existe pas; c'est évidemment là qu'on doit réaliser l'idée bienfaisante et logique de continuer la cure des eaux minérales sous un climat tempéré, entièrement exempt de neiges, de gelées et de frimas...

« L'Algérie, nous nous croyons fondé à le prédire, sera en mesure de satisfaire aux vœux des malades les plus exigeants que l'Europe lui aura légués, la richesse et la variété de ses eaux minérales ne laissant rien à désirer... »

Or, ces lignes que M. Trolard a reproduites, ont été malheureusement trop longtemps perdues de vue pour l'avenir des stations algériennes. Elles contiennent une idée qui, depuis longtemps, aurait dû aboutir. Que de temps perdu de n'avoir pas travaillé plus tôt à sa réalisation !

## REVUE DE BIOLOGIE

**Lésions du foie provoquées par chloroforme** (*Soc. de Biologie*).

MM. F. Rathery et M. Saison ont étudié les modifications que subit le foie à la suite d'inhalations uniques ou multiples, d'injection intraveineuse ou d'injection sous-cutanée de chloroforme. Ils montrent l'extrême fréquence des lésions cellulaires, sous forme de cytolyse protoplasmique ou d'homogénéisation.

Les lésions sont plus marquées lorsque le foie est recueilli un certain temps après l'anesthésie qu'immédiatement après (ce fait peut expliquer les phénomènes d'insuffisance hépatique tardive post-chloroformique).

Les altérations sont diffuses dans le lobule en cas d'inhalation, à prédominance sus-hépatique en cas d'injection intraveineuse ou sous-cutanée.

**La transmission de la paralysie infantile au chimpanzé** (*Soc. de Biologie*).

MM. Levaditi et Landsteiner ont transmis la paralysie infantile au chimpanzé, en inoculant dans le péritoine une émulsion de moelle épinière provenant d'un enfant atteint de cette infection. Des fragments de moelle épinière furent inoculés, quatre jours après la mort de l'enfant. Sept jours après l'inoculation, l'animal présenta une paralysie des membres inférieurs, des muscles, de la nuque et du maxillaire inférieur. La paralysie se généralisa et le chimpanzé succomba au bout de vingt-quatre heures. L'examen du système nerveux permit de constater des lésions intenses de poliomyélite.

Le virus de la poliomyélite infectieuse est très résistant et les lésions qu'il engendre ressemblent à celles de la rage.

**La régression adipeuse du ganglion lymphatique** (*Soc. de Biologie*).

MM. Rubens-Duval et Fage ont rencontré souvent chez l'adulte des ganglions presque entièrement transformés en tissu adipeux et exceptionnellement des ganglions sclérosés. Les auteurs classiques décrivent l'involution normale du ganglion lymphatique comme ressortissant à la sclérose. Pour Rubens-Duval et Fage, toute sclérose serait le reliquat cicatriciel d'un état pathologique antérieur et la transformation adipeuse serait le processus normal de l'involution physiologique du ganglion. Cette transformation adipeuse du tissu lymphoïde du ganglion lymphatique est d'ailleurs, en tous points, comparable à la transformation de la moelle osseuse rouge en moelle osseuse jaune.

**Sur l'origine périphérique fréquente de la tuberculose chez le cobaye vivant au milieu de poussières bacillifères** (*Soc. de Biologie*).

MM. J. Courmont et Lesieur (de Lyon) ont fait vivre pendant plusieurs heures des cobayes dans une atmosphère remplie de poussières chargées de bacilles bovins très virulents. La plupart de ces cobayes sont devenus tuberculeux, mais presque tous par voie périphérique, c'est-à-dire par la peau quand elle avait la plus petite ulcération (mais sans lésions tuberculeuses cutanées), par les muqueuses du nez ou de la bouche. En un mot, les poussières bacillifères paraissent, pour le cobaye, beaucoup plus dangereuses par simple dépôt sur la peau ou les muqueuses que par inhalation ou ingestion. La marche de la tuberculose ne laissait aucun doute sur le point de départ cutané ou muqueux.

**Les sérums anti-tuberculeux. — Précipito-diagnostic de la tuberculose**, par M. A. Jousset (*Soc. de Biologie*).

Ayant préparé longuement des animaux divers (lapins, chèvre, âne) par des injections intraveineuses ménagées de bacilles tuberculeux humains, on a obtenu chez tous ces animaux des sérums renfermant des anticorps multiples, fixant le complément sur les corps bacillaires et sur la tuberculine, agglutinant énergiquement les émulsions bacillaires et possédant en outre, vis-à-vis de la tuberculine, les qualités précipitantes reconnues dernièrement par MM. Calmette et Massol.

Malgré ce triple caractère défensif, ces sérums n'ont paru doués d'aucune action curative à l'égard de la tuberculose du cobaye ou de l'homme, mais ils ont permis par l'étude de leurs qualités précipitantes de constater les faits suivants :

1° L'égalité déjà reconnue par les auteurs précédents de toutes les tuberculines en face de ces sérums précipitants, argument de valeur pour les partisans de l'unité des tuberculoses ;

2° La thermolabilité relative de ces précipitines (58 degrés) :

3° L'existence de propriétés lytiques associées à la propriété précipitante :

4° La sensibilité des sérums-réactifs permettant de déceler jusqu'à 1/10.000 de tuberculine brute dans les mélanges les plus divers, d'où la possibilité d'une application clinique aux humeurs des tuberculeux, réalisant une sorte de précipito-diagnostic analogue au précipito-diagnostic méningococcique.

Sur 57 sujets examinés à ce point de vue, on a ainsi trouvé la réaction positive dans le sérum des phtisiques cachectiques, dans le liquide des pleurésies séro-fibrineuses, quelquefois dans le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses, mais presque jamais dans le sérum des tuberculeux récents.

La réaction peut donc faire défaut, mais fût-elle pratiquement inutilisable qu'elle n'en aurait pas moins une importance doctrinale majeure puisqu'elle démontre chez les tuberculeux avancés l'existence de poisons circulants analogues à ceux que renferment les milieux de culture. Ainsi s'expliquerait l'indifférence des vieux phtisiques à l'égard des tuberculinisations locales ou générales qu'utilise aujourd'hui couramment le diagnostic.

**Digestibilité du lait stérilisé par surchauffage** (*Soc. de Biologie*).

M. Armand Gautier a signalé à l'*Académie des Sciences*, que le surchauffage du lait à 108, 110 degrés, destiné à le stériliser, est un grand progrès pour sa digestibilité et son assimilation par l'intestin du nourrisson.

**Recherches sur la formule leucocytaire de la tuberculose**, par MM. Fernand Besançon, S.-I. de Jong et H. de Serbonnes. (*Soc. d'études scient. sur la tuberc.*).

La formule hémoleucocytaire de la tuberculose demeure encore actuellement fort obscure, ce qui tient, croyons-nous, à la méthode de recherches suivie par les divers observateurs. Quand on étudie une maladie aiguë, il est extrêmement simple de dégager une formule leucocytaire générale, en pratiquant des examens en série pendant toute la durée de la maladie ; les résultats trouvés indiquent forcément la courbe leucocytaire de l'infection. Il n'en est plus de même pour les maladies chroniques et principalement pour la tuberculose. Tout d'abord il est impos-

sible d'embrasser dans son ensemble la marche de la maladie ; d'autre part, l'apparente irrégularité de cette marche amène des résultats fort contradictoires entre les divers examens. Si l'on veut bien cependant examiner de plus près l'évolution de la tuberculose, on remarque une certaine régularité dans cette évolution, qui est essentiellement caractérisée par le fait qu'il se produit une série de poussées aiguës séparées par des trêves. Cette notion fondamentale permet de comprendre comment se comportent les diverses réactions sanguines au cours de la tuberculose, les courbes présentées par ces réactions étant parallèles à la marche de la maladie et par suite devant être considérées au moment des poussées et au moment des trêves.

An début d'une poussée aiguë de tuberculose, on assiste à une première phase de *leucocytose avec polynucléose. La leucocytose est, en général, modérée* et le chiffre des globules blancs oscille entre 8 et 12.000. Il peut exceptionnellement atteindre et dépasser 15.000. *Le deuxième grand caractère de cette leucocytose est d'être essentiellement transitoire.* Ces deux mêmes caractères se retrouvent pour la polynucléose qui n'atteint que rarement 80 0/0 et se maintient en général entre 70 et 75 0/0. Quand cette polynucléose avec leucocytose persiste plus de quelques jours, il faut être assez réservé sur le pronostic, car elle est presque toujours l'indice d'une évolution rapide.

Bientôt donc le chiffre des polynucléaires diminue, en même temps que les mononucléaires augmentent de nombre. Un *deuxième stade de mononucléose* s'installe progressivement, mais comme le chiffre des mononucléaires augmente lentement, tandis que le chiffre des polynucléaires diminue, pendant un certain temps le pourcentage des globules blancs paraît voisin de la normale ; ce n'est que plus tardivement que la mononucléose devient nette. A ce moment, on peut trouver de 40 à 45 0/0 de mononucléaires. La leucocytose a, en général, disparu, et on trouve de 5 à 7.000 globules blancs par millim. cube.

Plus tard, au moment de la défervescence, il se produit une poussée d'*éosinophiles*, qui peut être des plus accentuées, pouvant atteindre jusqu'à 10 et 15 0/0. En général, on ne trouve pas ces chiffres extrêmes, et le chiffre trouvé n'est guère que de 3 à 6 0/0. L'éosinophilie constitue vraiment un des caractères fondamentaux de la tuberculose. Tout d'abord, même au moment des périodes aiguës, il est exceptionnel de la voir disparaître complètement : les éosinophiles diminuent un peu de nombre (0.5 à 1 0/0) mais ne tombent pas à 0 comme dans les autres maladies infectieuses. Ensuite cette éosinophilie n'est pas transitoire, elle survit à la poussée et est retrouvée pendant les trêves qui séparent deux poussées consécutives. Ce point encore la distingue des éosinophilies qui suivent les maladies infectieuses aiguës, ces dernières éosinophilies étant essentiellement éphémères, précédant et annonçant l'immunité qui ne s'établit vraiment que quand le chiffre des éosinophiles est revenu à la normale. D'autre part, cette éosinophilie rapproche la tuberculose des maladies à parasites supérieurs (Helminthiases), ainsi que des maladies chroniques, comme la syphilis où Lœper a trouvé une éosinophilie nette au décours des poussées cutanées de la période secondaire, comme le paludisme, où Billet voit qu'après les accès le chiffre des éosinophiles revient plus nombreux qu'à l'état normal, et surtout comme la lèpre, où de nombreux auteurs ont trouvé une éosinophilie pouvant atteindre de 23 à 28 0/0. Notons également que, de par leur évolution, ces maladies sont très proches parentes de la tuberculose, car elles présentent également une marche chronique avec poussées aiguës séparées par des trêves.

Cette manière d'envisager la marche de la tuberculose nous fait également comprendre comment Richard a pu trouver deux formules caractéristiques au cours de la tuberculose. La première formule de Richard, caractérisée essentiellement par une leucocytose avec polynucléose se trouvera dans toutes les tuberculoses à marche aiguë et mortelle. Dans ces formes, la phase de mononucléose ne s'établit pas, ce qui rapproche la tuberculose des autres maladies infectieuses. Il est, en effet, de règle que, quand la marche d'une maladie infectieuse est mortelle, la phase de polynucléose initiale se prolonge jusqu'à la mort du malade.

La deuxième formule de Richard, essentiellement caractérisée par l'éosinophilie, se trouvera dans toutes les tuberculoses atténuées, dans lesquelles les poussées sont fort éloignées les unes des autres et sont tout à fait éphémères. Les examens de sang seront donc toujours pratiqués dans ces formes au moment des trêves.

Ainsi donc, en envisageant la tuberculose ainsi que nous le faisons, la formule hémoleucocytaire de la maladie devient extrêmement claire. Elle offre également l'avantage de rapprocher la tuberculose des autres maladies infectieuses, qui, dans leur évolution, présentent les mêmes stades que nous avons retrouvés pour la tuberculose. Mais les particularités de la formule sanguine de la tuberculose lui font cependant une place à part, et il semble que cette formule soit plus particulièrement celle des infections chroniques.

## REVUE DE PSYCHOLOGIE

**L'éparpillement mental. — Son traitement par l'hypnotisme,** par le Dr Bérillon (*Soc. d'hypnologie et de psychologie*).

L'éparpillement mental est une disposition habituelle de l'esprit caractérisée par un défaut de continuité dans l'exercice de l'attention volontaire, une curiosité mal coordonnée dispersant sans cesse l'attention vers de nouveaux objets, elle n'arrive pas à se fixer. Cette mobilité intellectuelle, conséquence de l'extrême sensibilité des états affectifs chez l'enfant, constitue l'état normal de cette période de la vie. Le caractère pathologique de l'éparpillement mental résulte de sa persistance à l'âge adulte.

L'éparpillement mental ne doit être confondu ni avec l'instabilité mentale ni avec la « moral insanity ». Le nom d'instabilité mentale est ordinairement, dans le langage médico-pédagogique, attribué à la forme atténuée de l'arriération intellectuelle dans laquelle les facultés d'imagination font défaut ou sont peu développées. Dans la folie morale, ce n'est pas l'insuffisance d'attention volontaire qui occupe le premier plan, mais sa déviation vers des buts immoraux ou anti-sociaux.

Tandis que ces deux derniers états sont manifestement sous la dépendance de la dégénérescence héréditaire, l'éparpillement mental apparaît plutôt comme le résultat d'une mauvaise adaptation de dispositions primitivement favorables. Chez l'éparpillé, l'absence de durée dans le pouvoir d'application ne dépend ni de lésions organiques ni de troubles fonctionnels. La mobilité de son esprit doit être plutôt envisagée comme le résultat d'une imagination mal réglée : l'intensité des images mentales étant en rapport inverse de leur variété et de leur multiplicité. En effet, voltigeant incessamment d'une idée à une autre, l'attention chez l'éparpillé, arrive difficilement à se fixer. Toujours en train de concevoir de nouveaux projets, il n'aboutit à en réaliser pratiquement aucun. Bien que leurs manières extérieures préviennent souvent en leur faveur, la façon dont les éparpillés mentaux s'acquittent des tâches qui leur sont confiées ne permet pas leur utilisation effective. Leur état mental se rapproche de celui des primitifs, des nomades, des purs imaginatifs auxquels répugne l'effort soutenu et qui obéissent volontiers à la loi du moindre effort. Ils ne sont donc pas susceptibles de s'adapter aux nécessités de notre état social à moins qu'un traitement méthodique ne parvienne à transformer leur mentalité.

A ce point de vue, l'hypnotisme par lequel se trouvent réalisés les états de conscience diamétralement opposés à l'éparpillement, c'est-à-dire le « monoïdéisme et la concentration de l'attention », constitue un traitement de choix. Par lui, il devient possible d'augmenter dans les centres nerveux, l'action des pouvoirs d'arrêt et de réaliser une véritable discipline de l'imagination. Chaque jour, notre pratique confirme l'efficacité de l'hypnotisme envisagé comme créateur du pouvoir d'arrêt chez les sujets à tendances mentales incoordonnées ou impulsives.

## REVUE CLINIQUE

**Cloisonnements verticaux du vagin et dystocie** (*Soc. d'Obstétrique.*)

M. Sauvage conclut de huit observations prises à la clinique Baudelocque, dont trois personnelles :

1° Que l'existence d'un cloisonnement vertical du vagin peut modifier les sensations du toucher au point de faire croire à un col double ;

2° Qu'il y a souvent coexistence d'une malformation utérine, utérus cordiforme, et présentation du siége, par exemple ;

3° Que la dilatation est tantôt régulière, tantôt irrégulière. Le col est en 8 de chiffre ; une des extrémités se dilate comme 50 centimes, l'autre normalement, ou bien un seul côté se dilate. Cela dépend des rapports du bord supérieur de la cloison avec le col ; si le bord supérieur est adhérent au col, la dilatation est irrégulière ;

4° Qu'il peut exister des déchirures spontanées de la cloison si la tête vient première ; en cas de présentation du siège, il peut y avoir dystocie et procidence du cordon ;

5° Contrairement aux théories classiques, qui font de l'intervention l'exception, M. Sauvage pense qu'il est préférable de sectionner ces brides avant que les complications apparaissent.

**Signe d'Argyll unilatéral avec, du même côté, syndrome oculo-sympathique incomplet,** par MM. de Lapersonne et Cantonnet (*Soc. de Neurologie*).

Depuis l'âge de onze ans, la malade, actuellement âgée de trente ans, présente de l'inégalité pupillaire, remarquée à la suite d'une affection pyrétique, qualifiée érysipèle facial. Actuellement, on trouve du côté gauche seulement, le signe d'Argyll, en l'absence de tout signe de syphilis. Du même côté, existe de l'exophtalmie, avec ptosis et légère atrophie faciale : ces phénomènes sympathiques sont attribuables à une adénopathie cervicale, probablement tuberculeuse. — L'unilatéralité du signe d'Argyll est une rareté, au cours de la syphilis nerveuse et du tabes, d'après MM. Ballet, Déjerine et Rochon-Duvigneaud : elle a été observée dans la syringomyélie par M. Déjerine et par M. Raymond, dans un cas de zona ophtalmique par M. Rochon-Duvigneaud.

**Absence fréquente de contracture permanente dans l'hémiplégie infantile** (*Soc. de Neurologie.*)

M. Long, sur vingt-huit garçons et huit filles du service de M. Nageotte, atteints d'hémiplégie infantile, n'a trouvé qu'une quinzaine de fois la contracture permanente : les formes flasques sont un peu trop oubliées aujourd'hui. Il présente

un garçon de six ans, atteint d'hémiplégie flasque avec hypotonie et mouvements athétosiformes lors des mouvements volontaires. — M. Meige remarque que, chez l'enfant, la contracture apparaît surtout lors des mouvements volontaires et diminue progressivement à mesure que se développe la motilité volontaire. — MM. Raymond, Ballet et Déjerine ajoutent qu'il faut distinguer les mouvements involontaires survenant lors des mouvements volontaires de l'athétose vraie, dans laquelle ils existent également au repos, ne cessant que pendant le sommeil

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Les eaux minérales milieux vitaux, sérothérapie artificielle et balnéothérapie tissulaire par leur injection dans l'organisme,** par le Dr Fleig, de Montpellier (Maloine).

L'auteur expose dans cet ouvrage l'ensemble des recherches expérimentales et cliniques qu'il a entreprises depuis plusieurs années sur la question de l'utilisation des eaux minérales en tant que sérums artificiels (milieux vitaux), et, comme conclusion pratique, arrive à les préconiser en injections dans les tissus à un double point de vue : 1° au point de vue de leur application en tant que sérums artificiels proprement dits ; 2° en tant que nouvelle méthode d'application du traitement hydrominéral. L'ouvrage intéresse donc à la fois la *physiologie* pure, la *thérapeutique* et l'*hydrologie* proprement dite.

Après avoir consacré la *première partie* à la *genèse de la question des injections intra-tissulaires d'eaux minérales* et montré l'intérêt très général de ces recherches et de celles qu'elles suscitent, il examine, dans la *deuxième partie*, les conditions auxquelles doivent répondre les diverses eaux minérales pour pouvoir être utilisées comme sérums artificiels ou milieux vitaux et être injectées dans l'organisme. (Eaux « à minéralisation banale » et eaux « à minéralisation spéciale ». Concentrations moléculaires, stérilité, stérilisation et conservation, etc.)

La *troisième partie*, fondamentale, expose les faits relatifs à la *théorie* et à la *démonstration expérimentale des eaux minérales milieux vitaux, sérums artificiels*, qui s'appuye sur une triple série de constatations : 1° leur injectabilité en quantités énormes et par les diverses voies possibles, chez l'animal et chez l'homme ; 2° les effets de leurs transfusions après des saignées massives, chez l'animal et chez l'homme ; 3° les faits de survie et de reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés du corps dans les eaux minérales. La conclusion relative à la première série de faits est que toutes les eaux minérales sont injectables, même en grandes quantités, dans les tissus ou dans le sang, que la plupart des eaux étudiées sont des milieux moins toxiques même que le sérum physiologique ordinaire et que l'altération qu'elles apportent au milieu vital intercellulaire naturel est moindre encore que celle que produit la simple solution chlorurée sodique. D'autre part, des eaux minérales dont la composition est à la fois quantitativement et qualitativement assez différente de la composition minérale du plasma sanguin peuvent être néanmoins injectées en quantités massives dans le sang, ce qui permet leur emploi comme sérums artificiels répondant à certaines indications spéciales (eaux alcalines). La deuxième série d'expériences montre que des transfusions de grandes quantités d'eaux minérales après des saignées très abondantes sont extrêmement bien supportées et permettent la survie d'animaux qui, non transfusés, auraient sûrement succombé, vu l'importance de ces saignées. De même si l'on répète plusieurs fois ces saignées-transfusions ou si l'on fait de petites saignées souvent répétées suivies chaque fois d'injections d'eaux minérales. Chez l'homme, les transfusions d'eaux minérales s'accompagnent de divers effets utiles sur le sang ou la circulation. — Enfin, d'après la dernière série d'expériences, beaucoup d'eaux minérales à un état de concentration moléculaire convenable sont capables de conserver l'irritabilité et d'entretenir les mouvements spontanés des organes à fibres lisses pourvus de ganglions, tels que l'intestin, l'utérus, la vessie, complètement séparés du corps et immergés simplement dans ces liquides. L'auteur étudie en détail les diverses particularités concernant ces survies dans les eaux minérales et, notamment, l'action de la température et de la survie à basse température, certains organes pouvant se contracter encore dans les eaux minérales par réchauffement progressif, même après huit et neuf jours de conservation. L'uretère et divers organes à fibres striées (muscles du squelette, œsophage de lapin) ou le cœur donnent lieu à des observations de même ordre.

A ces faits s'ajoutent encore ceux qui concernent l'étude des eaux minérales isotoniques et privées de l'excès de $CO^2$ sur des éléments cellulaires isolés, tels que les globules rouges et les spermatozoïdes. Les globules rouges lavés par centrifugations et décantations successives en employant diverses eaux minérales comme liquides de lavage, se conservent vivants dans ces milieux : réinjectés en suspension dans les mêmes eaux à l'animal dont ils proviennent (auto-transfusion) ou à un autre animal de même espèce (iso-transfusion), ils le restaurent très bien, même après une saignée qui, suivie simplement de la transfusion d'eau salée, fût restée complètement inefficace ; il en est de même si les globules lavés ont été conservés à la glacière dans ces mêmes milieux. L'auteur a utilisé l'auto-transfusion de globules lavés dans les eaux minérales, après des saignées abondantes et répétées, pour soustraire à l'organisme malade de grandes quantités de sérum (partie toxique du sang) et réaliser ainsi un vrai lavage du sang par des saignées purement séreuses sans anémier l'individu (un cas d'urémie grave), ce qui peut être le point de départ d'une méthode générale dans les cas de maladies où la toxicité du sérum est élevée. — Les spermatozoïdes humains qui présentent déjà à la température ordinaire des mouvements extrêmement intenses, conservent mieux leur vitalité dans les eaux minérales que dans l'eau salée pure. Cette conclusion est basée : 1° sur l'étude des mouvements des spermatozoïdes « lavés » (comme les globules rouges) dans les eaux minérales et dans l'eau salée pure ; 2° sur l'étude de leurs mouvements dans des mélanges de sperme et de plus ou moins grandes quantités d'eaux minérales ; 3° sur l'étude de leur reviviscence dans ces milieux après conservation de plusieurs jours à basse température (mouvements 8 jours encore après l'émission du sperme).

La *quatrième partie* de l'ouvrage a trait à l'étude des effets physiologiques des injections d'eaux minérales dont il n'a pas été question dans les précédentes parties et montre que l'action des eaux minérales en injections est souvent plus puissante que celle du sérum physiologique ordinaire (phénomènes réactionnels généraux ; action sur le sang et le système circulatoire ; coagulation, rénovation globulaire, pression sanguine, contraction cardiaque ; phénomènes d'excrétion et de nutrition). La radioactivité de certaines eaux ou leur radioactivation artificielle par addition de bromure de radium ne change rien aux conclusions générales et ne représente en aucune façon un facteur de toxicité ou de novicité, ainsi que le prouve l'action de ces eaux sur les organes contractiles isolés du corps, les globules rouges ou les spermatozoïdes.

Dans la *cinquième partie*, très clinique, se trouve l'exposé des *déductions et applications thérapeutiques* des injections intra-tissulaires d'eaux minérales. L'auteur conseille d'une façon générale ces injections à la fois dans les cas où les injections de sérum artificiel ordinaire ou d'eau de mer isotonique sont indiquées et dans ceux où l'on croira avoir intérêt à appliquer une cure hydrominérale devant réaliser le maximum des conditions d'activité. Il cite, à l'appui de cette thèse, 27 observations cliniques où des résultats très nets ont été obtenus à la suite d'injections d'eaux minérales dans diverses maladies ou affections, telles que : adénites tuberculeuses, ostéites, tuberculose pulmonaire, lymphatisme, asthénies et anémies, paludisme, diabète, rhumatisme chronique, ulcères, eczémas, psoriasis, syphilis grave avec intolérance mercurielle, glycosurie et tuberculose expérimentales. Bien que les indications des injections des divers groupes d'eaux minérales aient besoin, pour se préciser, de nombreuses études chimiques, on peut se baser sur celles des injections de sérum artificiel et sur celles des traitements hydrominéraux par les voies d'administration classique pour prévoir la série des cas où on peut les essayer. L'auteur donne à ce point de vue d'utiles indications et insiste sur la nécessité de préciser dans quelles limites les résultats obtenus avec les eaux « vivantes » sont assimilables à ceux des eaux « vieilles » ou « mortes ». Malgré les avantages multiples des injections intra-tissulaires d'eaux minérales en tant que moyen de balnéothérapie cellulaire proprement dite et d'application de la cure hydrominérale en général, il termine en recommandant le plus grand discernement dans l'usage de ces injections, et en montrant qu'elles ne se substituent nullement aux moyens d'administration habituellement employés. Soulignons en finissant la portée générale de cet ouvrage qui ébauche un groupe d'études dont l'ensemble peut constituer la base d'une hydrologie expérimentale.

## REVUE DE CHIRURGIE

**La chirurgie simple,** par M. le Dr Richelot. (*Assoc. française de Chirurgie*).

Vingt-cinq années ! J'ignore si vous êtes venus avec l'intention de fêter vos noces d'argent. Pour moi, je ne puis me défendre d'une émotion profonde, à la pensée qu'un quart de siècle s'est écoulé depuis le jour où le professeur Trélat dirigeait nos premiers travaux ; quand je me rappelle l'émulation qui nous animait, les idées nouvelles et les espoirs qui surgissaient dans nos esprits, le zèle qui nous emportait contre le scepticisme et la résignation des vieux maîtres. Nous avions presque tout à refaire. Quel monde de préjugés et d'erreurs, combattus pied à pied, évoque cette date du 16 avril 1885 ! Que de luttes, d'hésitations, de succès, peut-être aussi d'illusions, généreuses ont rempli notre jeunesse et exercé nos courages ! Comme ils sont heureux et tranquilles, nos élèves d'aujourd'hui, qui trouvent si naturel de se laver les mains !

Depuis ce temps mémorable, fécond en recherches, en discussions, en progrès, d'éloquents orateurs ont décrit devant vous l'évolution de la chirurgie moderne et chanté sa gloire. Passez en revue les discours de vos anciens présidents : si vous croyez ce qu'ils disent, vous serez persuadés qu'ils sont tous des hommes extrêmement modestes, mais que la chirurgie qu'ils font est admirable. Et je n'y contredis pas, car vraiment l'essor de la chirurgie fut, pendant quelques années, prodigieux, et si, par la force des choses, il s'est ralenti, rien n'autorise à croire qu'il soit près de s'éteindre.

On vous a rappelé avec complaisance quelle

ardeur vous avez mise, au début de notre Association, à discuter les méthodes de pansement ; puis à créer des opérations nouvelles ; enfin, à pénétrer dans le domaine des « maladies internes », si bien que les médecins effrayés, inquiets, envahis, se demandent jusqu'où ira votre audace et à quelle portion congrue vous allez les réduire. Le chirurgien n'est-il pas l'homme nécessaire, à qui va tout le prestige et toute l'autorité ? La médecine n'est-elle pas restée en arrière, *pede claudo*, et sans faire de progrès ? Eloignons bien vite ce mensonge, et reconnaissons l'admirable poussée scientifique où, parallèlement à nous, sont entraînés les médecins, toujours nos collaborateurs, et si souvent nos maîtres. N'empêche qu'on ne manque pas les occasions de célébrer nos succès plus extérieurs, plus faciles à voir, et de vanter notre puissance.

A cette brillante médaille, ciselée par les artistes que vous êtes, n'y a-t-il pas un revers sur lequel il serait utile de porter nos regards ? Velpeau a dit un jour : « Sans l'érysipèle et l'infection purulente, les chirurgiens seraient des dieux. » L'érysipèle et l'infection purulente ont disparu, et je crois bien que nous sommes restés des hommes.

Oui, certes, la chirurgie est toujours en marche ; mais combien de fois, en regardant autour de moi, ne me suis-je pas surpris à dire d'elle ce que Montaigne disait de la raison, qu'elle « va toujours, quoique torte et boiteuse et déhanchée ! » Que d'entraves sur sa route, que d'encombrements ! que de brutalités on lui fait subir, que d'entorses on lui donne pour la ralentir ! Et je ne parle pas des abus du charlatanisme ou de la méchanceté humaine, nous n'aurions que faire ici de nous en occuper ; je parle des idées fausses, des conceptions arbitraires, des efforts sans méthode, et, avant tout, du manque de simplicité qui déforme si souvent la pratique de notre art. Ce défaut-là n'est pas rare ; il produit beaucoup de littérature indigeste, il rend peu de services aux malades. Je voudrais vous dire combien j'aime la *chirurgie simple*.

Ceux d'entre vous qui me connaissent vont se rappeler que j'ai, plus d'une fois, soutenu la même thèse. Qui donc me disait : « Si vous suivez avec attention l'enseignement d'un homme, vous verrez qu'il fait toujours la même leçon » ? Toujours la même, c'est beaucoup dire ; mais il y a dans cette boutade une part de vérité. Notre esprit, d'abord sollicité par une foule d'objets, les choisit et les classe peu à peu. Il arrive une heure où tout chirurgien digne de ce nom a mis ses idées en ordre. Sur le terrain scientifique, il a une doctrine ; dans sa pratique, il a une idée directrice et un doigté, comme un peintre a sa manière, sa couleur, ses procédés d'expression. Si je craignais de me répéter devant vous et de me montrer aujourd'hui semblable à ce que j'étais hier, c'est que j'aurais fait mon métier comme un manœuvre et que la vie ne m'aurait rien appris.

Aussi bien, l'occasion m'est offerte en ce moment de jeter un regard en arrière, et je m'aperçois que les deux mots que je viens de prononcer résument, pour ainsi dire, les tendances de toute ma carrière, les exemples que j'ai donnés à mes élèves, les préceptes que j'aurais voulu voir triompher. La *chirurgie simple*, ce fruit désirable d'une expérience longue et des efforts de nos vingt dernières années, a-t-elle enfin prévalu ? Non ; au lieu d'idées nettes et claires, au lieu d'une pratique réduite aux mouvements strictement utiles, ce coup d'œil rétrospectif me montre partout le désordre et l'incohérence. Chacun de nous, sans doute, a pu avoir ses erreurs de jugement, ses tâtonnements irréfléchis, et n'arriver au but qu'à la suite de plus ou moins longs détours ; mais un jour ou l'autre il faut sortir du chaos... et tous n'en sont pas sortis.

Je vous en prie, ne m'accusez pas d'affecter des airs de pédagogue ; et surtout, si je critique certaines choses modernes, ne m'appelez pas réactionnaire. C'est l'injure que je crains avant toute autre.

Et pour bien nous entendre, je veux d'abord vous dire combien la chirurgie dont je parle est loin d'être une chirurgie « simpliste ». Les idées simplistes sont celles qui se présentent à nous les premières, les idées simples sont celles où nous mène l'expérience. Un esprit naturellement judicieux brûle les étapes ; le bon sens intervient pour abréger l'apprentissage.

Donc, avant d'aller plus loin et pour éviter toute confusion, écartons ce cauchemar des idées simplistes qui encombrent les livres et hantent l'esprit des débutants. J'ai autant d'aversion pour elles que pour les pratiques tortueuses et compliquées, avec lesquelles, d'ailleurs, elles font souvent bon ménage. Il ne faut pas chercher longtemps pour les rencontrer : elles se lèvent sous nos pas, elles poussent comme de la mauvaise herbe, elles pullulent comme des microbes.

N'avez-vous pas entendu dire qu'un médecin avait mesuré le poids de l'âme ? Je n'invente rien. Avec une balance très sensible, il a pesé des chiens avant et après la mort : aucune différence. Il a renouvelé l'expérience avec des hommes : le cadavre est un peu plus léger, et la différence représente — vous n'en doutez pas — le poids de l'âme qui s'est envolée. Il y a ainsi des esprits qui savent résoudre les questions les plus délicates avec une étonnante facilité.

Vous savez qu'autrefois nous avons retourné sous toutes ses faces une double question qui ne pouvait être éclaircie que par une observation prolongée : que devient l'utérus après l'extirpation des annexes, et surtout, que deviennent les annexes malades quand on a enlevé l'utérus ? Les partisans de l'hystérectomie vaginale soutenaient que, bien traitées, convenablement évacuées, mais laissées en place dans les cas difficiles, elles s'atrophient, disparaissent pour ainsi dire et que, d'ordinaire, les malades guérissent parfaitement. Péan était de cet avis, et un jour il le fit connaître à ses élèves, dans les termes suivants : « Eh ! sans doute, mes amis, les annexes guérissent très bien après l'ablation de l'utérus... puisque ce sont des annexes. » Voilà un mot dont je voudrais vous faire sentir toute la saveur, et qui montre bien de quelle façon expéditive on peut mettre fin aux discussions les plus graves.

Que de faits je pourrais citer, qui mettraient en lumière cette tendance à nous payer d'explications médiocres ! « Le plus grand dérèglement de l'esprit, dit Bossuet, c'est de croire les choses parce qu'on veut qu'elles soient, et non parce qu'on a vu qu'elles sont, en effet. » Voilà un aphorisme qui suppose une certaine volonté dans l'erreur. Mais ceux dont je parle ne se donnent pas tant de peine pour se tromper. S'agit-il de porter la lumière dans un objet obscur, dans une étiologie complexe, il semble qu'une analyse pénétrante les effraie et les rebute, et leur imagination, contente de peu, ramasse les premières causes venues. A écouter leurs sentences, j'ai envie de crier en les montrant du doigt : « En voilà encore un qui a mesuré le poids de l'âme ! »

Rien ne vous ferait mieux comprendre ma pensée que la recherche du rôle qu'on fait jouer, dans les affections chirurgicales, aux causes mécaniques. Les causes mécaniques, nous les avons toujours sous la main. Certes, je ne méconnais pas les lois de la pesanteur, les inconvénients de la stagnation des liquides et l'avantage de drainer à la partie déclive. Cependant, la politique à suivre avec les abcès n'est-elle pas surtout la politique de la porte ouverte, et ne voyons-nous pas, dès qu'il n'y a plus de cavité close, s'atténuer la virulence ? Ne suffit-il pas, si on n'a des doutes sur l'asepsie d'une plaie un peu malmenée, de placer le drain à l'endroit le plus commode et le mieux protégé de la suture ? Oui, les conditions mécaniques sont toujours présentes et notre organisme ne saurait y échapper, mais il est bien rare qu'elles aient une grande valeur dans l'étiologie ; c'est raisonner en primitifs que de les invoquer toujours, de les mettre au premier plan dans la genèse des symptômes et des maladies elles-mêmes, de ne pas voir qu'elles sont dominées, annihilées sans cesse par les conditions physiologiques. Or, de tout temps, elles ont eu sur l'esprit des chirurgiens une singulière emprise. Pour expliquer l'arthrite de voisinage qui survient à la suite des fractures, Gosselin croyait que la sérosité du sang épanché autour des fragments, cheminant avec l'ecchymose, venait filtrer à travers la capsule et se répandait dans l'articulation ; son esprit n'en demandait pas davantage. Ne croyez pas que les progrès de la science nous aient rendus beaucoup plus difficiles : voyez les explications qu'on donne encore de la rétroversion utérine. Les uns veulent que les femmes aient l'utérus dévié parce qu'elles sont trop souvent et trop longtemps couchées sur le dos ; comment voulez-vous qu'elles fassent ? Les autres leur reprochent de ne pas vider assez souvent leur vessie... Mais laissons de côté ces formules qui traînent dans les livres et y font si triste figure : plus raisonnable est la distension des ligaments par le fait de la grossesse. Or, nombre de femmes qui n'ont pas accouché, nombre de jeunes filles ont de la rétroversion ; d'autres, après douze enfants, n'en ont pas trace. Donc, la déviation est due à un état physiologique des ligaments, et la distension n'est qu'une cause adjuvante. Entre une circonstance fortuite qui ne produit rien à elle seule, et une qualité particulière des tissus qui suffit, très souvent, et sans laquelle rien ne se produit, choisissez : de quel côté est la vraie cause de la déviation, le fait essentiel qui détermine sa nature, c'est-à-dire la place qu'elle doit occuper dans nos classifications ?

Encore un exemple : savez-vous pourquoi l'appendicite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme ? Un auteur moderne va vous l'apprendre. Le psoas est, dans le sexe fort, plus développé, plus puissant et plus actif ; or, les traumatismes déterminés par le psoas sont une cause d'appendicite ». Ainsi, nous avons laborieusement cherché et nous cherchons encore à nous expliquer la fréquence extrême de cette maladie ; nous avons étudié avec un soin minutieux la structure et les relations physiologiques de l'appendice ; des médecins avisés ont rattaché ses lésions à des troubles profonds du système lymphoïde, aux maladies de la glande hépatique, d'autres ont mis au premier plan le rôle des helminthes ; les chirurgiens, convaincus de la fréquence d'une infection directe venue de l'intestin, mais un peu troublés par les séries familiales, cherchent un terrain de conciliation. Eh bien, nous nous sommes donné trop de peine et notre labeur est vain. La question n'est pas si complexe : ne voyez-vous pas le psoas donner à l'appendice des crocs-en-jambe qui lui enjoignent de s'infecter ?

J'insiste, parce que j'ai lu trop souvent des « leçons cliniques » où s'étalait naïvement la longue série des étiologies simplistes ; et maintes fois j'aurais pu dire à nos jeunes agrégés : « Prenez garde ! vous avez charge d'âmes. Ne vous contentez pas de vos traditions et de vos lectures. A l'heure où commence votre carrière de professeur, vous n'avez pas encore tout ce qu'il faut pour professer. Tant que les faits qui vous tombent sous la main, au cours de vos leçons, n'auront pas été par vous contrôlés, pesés, vécus, soyez prudents, résignez-vous à n'avoir pas d'opinions sur toutes choses, abstenez-vous plutôt que de lancer dans la circulation des opinions toutes faites, qui dispensent vos élèves de

réfléchir et leur font croire que notre art est facile. »

Un de mes principaux griefs contre les idées simplistes, c'est d'avoir altéré à ses débuts, et de fausser encore, dans beaucoup d'esprits, la doctrine qui domine et dirige toute la chirurgie actuelle, la doctrine microbienne. Rappelez-vous les premiers pas de la bactériologie : un organisme quelconque, un microbe qui l'envahit, voilà l'équation qu'on cherche, l'idée élémentaire qu'on se fait de la maladie et du malade. L'économie vivante semble un terrain neutre, livré aux caprices des bacilli et des cocci, suivant leurs formes et leurs degrés de virulence. La médecine n'est plus qu'une chasse au microbe ; chacun vent avoir le sien, et quand il croit l'avoir trouvé, satisfait il s'arrête et ne va pas plus loin. Que d'esprits secondaires ou malfaisants étaient abusés ou aiguillonnés de la sorte ! J'étais alors directeur d'un journal de médecine, et, pour certaines choses que j'avais écrites, je reçus plusieurs fois d'amicales remontrances. J'étais un peu indigné, je l'avoue, non de la théorie parasitaire, mais du parasitisme en chair et en os qui s'organisait autour de Pasteur. A côté des hommes de science, tels que Brouardel et Grancher, qui recueillaient l'idée féconde et la développaient en médecins, on voyait chercher à prendre place des hommes venus de loin, qui vous fabriquaient en quelques semaines des méthodes calquées sur le mémoire du choléra des poules, avec la morphologie de leur microbe, son histoire naturelle complète, la façon de l'atténuer, les déductions thérapeutiques ; rien n'y manquait, et il leur fallait des rapports à la tribune de l'Académie. Qu'est-il resté de ces travaux éphémères ? Et n'avais-je pas raison de m'élever contre la comédie jouée par ces fantoches ?

Aujourd'hui, la supercherie est moins facile, mais l'ingéniosité de quelques-uns est restée la même : il leur faut un microbe. Or, les microbes sont plus qu'intéressants, ils modifient la matière, ils jouent certainement un grand rôle, mais ils ne sont pas seuls. Quand j'étais agrégé en exercice, et qu'à ce titre je fréquentais le vestiaire de la Faculté, j'ai vu le jour où la chimie frémissante allait se dresser contre les défenseurs de la bactériologie et réclamer sa part dans la solution des problèmes biologiques. Des amis s'interposèrent ; on fit une cote mal taillée ; on put lire dans les journaux de médecine : « M. Pasteur n'a jamais dit que les microbes agissaient par eux-mêmes ; sans doute ils agissent par leurs sécrétions » ; et il fut convenu que les toxines seraient d'origine microbienne. Le terrain de conciliation était trouvé, les chimistes apaisés, et la bactériologie triomphante poursuivit sa carrière. Que dit-elle aujourd'hui ? Elle a mis en lumière la défense de l'organisme et la phagocytose, elle nous a montré l'influence du terrain, des changements de milieu sur l'évolution des microbes. Elle est donc, maintenant, la première à nous indiquer la voie qu'il fallait suivre. Il ne s'agit pas de revenir en arrière, mais il s'agit moins encore de piétiner sur place. Chaque jour la chimie biologique prend une importance nouvelle ; chaque jour laboratoire et clinique s'unissent plus intimement et, sous l'impulsion des Widal, des Chauffard, des Landouzy et de leurs élèves, nous font pénétrer plus avant dans la connaissance des réactions vitales de l'organisme.

J'en ai dit assez pour vous montrer que, dans ma pensée, tout est difficile, que jamais il ne faut nous croire arrivés au but, nous asseoir tranquilles et satisfaits dans une théorie, si belle et si féconde qu'elle paraisse. C'est à force de travail que nous mettons un peu de clarté dans nos connaissances ; et la chirurgie simple, que je vais maintenant chercher à définir, ne peut être qu'une chirurgie adulte et très cultivée, à laquelle on arrive quand on a éprouvé par soi-même ou constaté chez les autres la vanité des recherches brouillonnes et des petites ambitions d'auteur.

J'ai gardé bien vivantes les impressions — aujourd'hui si lointaines — recueillies pendant les jours heureux où, assistant bénévole de Terrier, je faisais mes premières armes en gynécologie. Il y avait alors beaucoup d'instruments nouveaux pour moi, et je me rappelle mon naïf étonnement la première fois que je vis une pince en T. On me dit qu'elle était commode pour saisir les adhérences. La chose est vraie, incontestable ; et, cependant, je me demandais qui avait pu prendre la peine de lui donner cette forme, quand il me semblait si naturel de pincer avec des mors droits. Peut-être allez-vous me dire que ma critique est bien futile, et que la pince en T est un bon instrument. Sans doute ; mais d'abord, elle est bonne fille et ne m'en voudra pas ; en la prenant comme exemple, je suis sûr de ne blesser personne. Et puis, je n'ai rien contre elle, je vous assure ; ce que je veux dire, c'est qu'elle est restée dans mes souvenirs comme un témoin fidèle de l'évolution qui s'est faite en moi de très bonne heure, vers la clarté et la simplicité du manuel opératoire.

Depuis cette époque, j'ai toujours vu avec peine cette pullulation instrumentale, ces formes infiniment variées qui prétendent répondre à tous les besoins de l'opérateur, faciliter chacun de ses mouvements, s'adapter aux moindres détails. J'ai vu des chirurgiens apporter d'énormes boîtes à compartiments multiples, et des modèles étonnants s'étaler autour d'eux sur les tables ; et l'opération s'achevait avec un pauvre bistouri et une toute petite pince. J'ai vu les gynécologues manier des outils formidables, comme si, dans leurs cauchemars, le petit bassin leur était apparu sous les dimensions d'un immense tunnel. Et je me rappelle encore l'étonnement de mon ami Nélaton — un sage s'il en fût — lorsque, prenant après moi le service de l'hôpital Tenon, il demanda où étaient mes instruments, et pensa d'abord qu'on les lui cachait. Non, je ne suis pas de ceux qui attachent tant d'importance aux instruments dont ils se servent ; sans doute, il est loisible à chacun de nous d'avoir sa valve et son aiguille préférées, mais il ne faut pas compter sur les vis et les crochets pour donner de l'esprit aux chirurgiens. Celui qui réussit le mieux est celui qui se sert le mieux de ses doigts et de son bon sens.

Après l'outil l'installation. C'est devenu une banalité de vanter l'organisation nouvelle des hôpitaux et l'aménagement des salles d'opérations. Notez ici que tout ce qu'on y peut louer a été conçu dans le sens de la simplicité ; la nudité des murs, un mobilier presque nul permettent d'y faire régner l'ordre et la propreté. Mais faut-il applaudir aveuglément au luxe inouï de certains locaux, à cette recherche de matériaux précieux, à tous ces emblèmes de la puissance et aussi de la vanité des chirurgiens ? Faut-il admirer celui qui, transporté hors de son milieu hospitalier, veut en montrer comme un reflet aux regards étonnés de son patient, et ne consent à prendre le bistouri qu'après avoir fait enlever tous les meubles, supprimer les rideaux, retourner les tableaux et les bustes, en fin de compte, remuer beaucoup de poussière ?

Retourner les bustes ! Voilà encore une formule qui m'est restée dans l'esprit. Le chirurgien « qui retourne les bustes » est un homme qui obéit à une conception puérile, et qui se donne beaucoup de peine pour voir les choses de travers ! curieuse alliance des idées simplistes avec les manœuvres compliquées ! Lister, cependant, avait dit et prouvé que l'asepsie se réalise entre la région malade, les instruments et les doigts du chirurgien.

Cette proposition, à vrai dire, laissait le champ libre aux esprits chercheurs et curieux d'atteindre à l'asepsie parfaite. On abandonna la simplicité un peu primitive de Lister ; on découvrit que la chaleur est l'antiseptique le plus puissant et aussi le plus inoffensif ; on prit peur des désinfectants chimiques ou on les dédaigna ; puis, avec un peu d'emphase, cette évolution très naturelle, très scientifique, très utile, prit le nom de « méthode aseptique ». J'ai toujours vu, pour ma part, dans ces deux mots associés, un abus de langage : l'asepsie est le but à atteindre, l'antisepsie est la méthode, quel que soit l'agent de la lutte contre l'infection. Mais, cela dit, pour ma satisfaction personnelle et pour le plaisir d'employer les mots dans leur vrai sens, il est bien entendu que je ne méconnais pas l'importance des pratiques modernes, et que, tout en voulant être simple, je ne me soucie pas de revenir en arrière. Seulement, je trouve qu'on a manqué de mesure et que, lancés à la poursuite d'une chimère, l'asepsie parfaite, celle qui répond à une conception de l'esprit, la destruction absolue des microbes de toute espèce et l'impossibilité de leur retour pendant l'acte opératoire et ses suites, les chirurgiens ont fait beaucoup de choses inutiles. L'asepsie qui assure l'évolution régulière des plaies n'exigeait pas tant d'appareils de précision, d'une fabrication difficile, d'un prix élevé, d'un maniement délicat, tout ce luxe d'un nouveau genre auquel les fabricants et les inventeurs ne désirent pas mettre un frein. Aussi bien, cette machinerie compliquée n'a-t-elle pas quelques méfaits sur la conscience ? Je pourrais vous citer une série de plusieurs laparotomies, faites en quelques jours par un fort distingué chirurgien dans un hôpital des mieux aménagés, qui furent suivies de mort immédiate par infection : l'enquête révéla que l'autoclave n'avait pas fonctionné pendant ces quelques jours, et que les compresses n'avaient pas été stérilisées. Tout dernièrement, un de nos collègues rappela à la Société de chirurgie que l'étuve Poupinel s'était montrée coupable de certaines inégalités de température, et présenta un nouveau modèle d'étuve munie de pièces multiples, cloisons, tiroirs, compartiments ingénieusement combinés. Je vous avoue que ma tendance à moi, si l'étuve est imparfaite, serait plutôt de la supprimer...

Entendez-moi bien. Je ne veux pas dire que la stérilisation à l'autoclave soit défectueuse, encore moins qu'il faille abandonner les méthodes les plus voisines de la perfection dans la fabrication industrielle des objets de pansements. Je parle en ce moment de la préparation courante des opérations, à l'hôpital ou en ville ; et je sais bien qu'avec tous les procédés on peut avoir des lacunes, des manques d'attention, des surprises imméritées. Ce que je veux dire, c'est que les procédés les plus complexes ne valent pas toujours mieux que les autres. Et j'en ai par devers moi la preuve : à l'hôpital Tenon, à Saint-Louis, à Cochin, je me suis toujours contenté de faire bouillir mes compresses dans une vulgaire lessiveuse, mes instruments dans l'eau additionnée de carbonate de soude. J'ai toujours refusé les autoclaves que m'offrait l'Assistance publique ; je lui ai fait à trois reprises ce don généreux : une lessiveuse qui m'avait coûté 18 fr., et je puis vous dire sans forfanterie, en toute sincérité, que ma pratique a valu celles de mes collègues et qu'elle peut être rangée parmi les plus heureuses.

Vous voyez en quoi mon « asepsie » diffère de « l'antisepsie » invinciblement listérienne de Just Lucas-Championnière. Vous voyez en quoi elles se distinguent, et aussi peut-être en quoi elles se ressemblent. Et, puisque ma plume a rencontré ce nom, un des meilleurs de notre école française, je puis bien vous dire, entre nous, que nous n'approuvons pas tous l'invariabilité de sa méthode, qu'il nous semble un peu trop ennemi des « opinions successives », qu'en pathologie et en thérapeutique nous ne sommes pas toujours de son avis ; mais sa fidélité quasi


THYRATOXINE "BYLA"
HORMONOTHÉRAPIE
Série des HORMONES "BYLA"
NOUVELLES PRÉPARATIONS
ORGANIQUES
PRIVÉES DES
TOXO-LIPOÏDES
ET DES
TOXO-LEUCOMAÏNES
THYROÏDINE
NON TOXIQUE
INNOCUITÉ ABSOLUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
TOUTES LES INDICATIONS DE LA THYROÏDINE
LE FLACON DE 80 TABLETTES DOSÉES A 0 Gr.025, PRIX: 8 FRANCS
DOSE MOYENNE: 4 TABLETTES PAR JOUR OU 0 Gr.10 DE THYRATOXINE
MONOGRAPHIE & ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY, (Seine)
Laboratoires autorisés par le Gouvernement
pour la préparation des médicaments organiques.

fétichiste au phénol absolu et à l'eau de Panama ne me rend pas injuste et ne m'empêche pas de saluer en lui un adepte autorisé de la chirurgie simple.

Après l'installation, la technique opératoire. Ne croyez pas ici que je veuille prêcher indiscrètement pour mon saint et vous inspirer une admiration exclusive pour mes procédés personnels. Ma prédication à moi n'est pas parole d'évangile. Je vous prie d'y voir seulement — quel que soit votre jugement sur les détails — une tendance, un effort vers le but que je vous ai proposé.

Tout d'abord me viennent à l'esprit les dernières nouveautés introduites dans l'administration du chloroforme. Il y eut un temps où les appareils inventés pour cet objet (Jules Guérin, Paul Bert) étaient irrationnels et dangereux. Irrationnels, parce qu'ils prétendaient régler mathématiquement et invariablement la dose qu'un homme peut respirer dans un temps donné; dangereux, on le vit bien à l'usage. Le chloroforme doit être dosé cliniquement, chaque malade ayant sa réceptivité propre, qu'une observation immédiate et sagace permet seule de juger. Aussi étais-je sur mes gardes quand les appareils nouveaux parurent à la Société de chirurgie; mais je fus bientôt rassuré, car il fut dit à la tribune qu'il y avait lieu de bien examiner son malade, d'observer le pouls et la respiration, bref, de surveiller l'anesthésie comme on l'aurait fait dans tout autre procédé. L'invention se réduisait à fournir un mélange régulier d'air et de chloroforme, mais le problème à résoudre était toujours le même : doser cliniquement à l'aide d'une surveillance rigoureuse : quelques faits malheureux l'avaient déjà prouvé. Je ne pris pas la parole, puisque les appareils étaient bons. Pourquoi aurais-je risqué de chagriner ou d'indigner leurs auteurs? Et cependant, quelle illusion! Oui, si vous comparez un aide guettant les soupapes de son appareil avec le sentiment de sa responsabilité, à un aide qui donne le chloroforme à la « diable » sur une compresse, et qui n'a jamais reçu de ses maîtres que des indications sommaires et insuffisantes, justement parce que c'est très simple, oui, vous noterez quelques avantages à l'actif de l'appareil; et voilà pourquoi, dans certains services, on a signalé bien vite des résultats satisfaisants, des anesthésies plus régulières. Mais vraiment, sérieusement, est-il plus difficile de bien donner le chloroforme avec la compresse? La moindre éducation n'y suffit-elle pas? Etait-il si urgent de compliquer notre outillage? Et la compresse n'est-elle pas l'instrument universel, qu'on a toujours sous la main, qui ne se détraque jamais, qui ne coûte rien? Les nouveaux appareils sont bons, utilisables, ingénieux, c'est entendu; mais, de deux aides, l'un confiant dans ses soupapes, irrésolu en présence d'une compresse, l'autre n'ayant dans les mains qu'un mouchoir de poche, mais sachant comment agit le chloroforme et ce qu'il faut surveiller, le plus mal outillé, à mon avis, n'est pas celui qu'on pense.

Sur la technique des opérations, j'aurais bien des choses à vous dire, si je ne craignais d'abuser de votre patience. Faire simple, c'est la preuve d'un jugement sûr; quand on voit clairement le but à atteindre, on y va tout droit. Je vous disais tout à l'heure que la chirurgie est encombrée; elle l'est autant que les archives qui abritent les recueils de nos lois, et où s'accumulent d'âge en âge les conventions mortes et les sentences contradictoires. Elle est encombrée de petits choses inutiles et qui ne sont pas toujours très mauvaises, mais qu'il faut cependant condamner, parce qu'elles impliquent une erreur de jugement et que celui qui s'y est trompé peut errer aussi bien dans des cas plus graves. On dit trop facilement « telle est ma pratique », « c'est ainsi que je fais »; on se complaît dans un mouvement qui fut d'abord instinctif et qui devient une habitude; on cherche trop vite à paraître original. Les initiatives les plus heureuses sont celles qui viennent sans effort; l'excessif désir d'avoir une chirurgie à soi mène aux complications inutiles, aux tentatives mort-nées.

Sans doute, il est humain de ne pas toujours garder la ligne droite, et de se laisser égarer dans les chemins de traverse. Un esprit judicieux n'abuse pas de la permission et s'aperçoit vite de l'erreur; mais il est très difficile de revenir quand on a rencontré sur sa route une opération à modifier, à façonner, à revêtir de son estampille. Il est bien entendu que, par le temps qui court, les « procédés nouveaux » ne sont plus des découvertes; mais tels quels nous les aimons, d'un amour sérieux et calme aussi longtemps que nous nous rappelons leur origine; d'un amour ardent et passionné quand notre mémoire a faibli et que nous avons trouvé, pour les baptiser, un nom décisif qui implique une pensée neuve. Alors, nous y tenons tant, qu'il est presque impossible de nous faire comprendre qu'un autre procédé soit plus facile, dure une demi-heure de moins et donne un résultat plus parfait.

On n'a pas toujours pour une opération les sentiments d'un père, mais on est toujours l'éditeur des opérations qu'on fait. On s'en targue et on les recommande. Et puis, une certaine paresse de l'esprit et des doigts intervient pour faire de nous des entêtés; nous n'aimons pas qu'on nous dérange et qu'on nous invite à changer nos habitudes. C'est ainsi que des chirurgiens de valeur s'éternisent parfois dans des pratiques imparfaites et refusent de voir qu'ils ont sous la main des équivalents qui sont la clarté même. Et voilà quelques-unes des raisons qui rendent si difficile de simplifier la chirurgie.

Vous donnerai-je un exemple? Je reviens à la rétroversion. Pour redresser l'utérus, on l'a fixé par son fond, par ses faces, par son col, par ses cornes, par ses annexes, par chacun de ses ligaments; on l'a tiré dans toutes les directions, collé à toutes les parois, replié, enclavé; on a imaginé des embrochements bizarres, des fils passés en long et en travers, des bandelettes péritonéales enfoncées dans le tissu utérin. Ce fut une débauche opératoire! On a même abusé des ligaments ronds, ces amarres naturelles, ces cordages de sûreté qui ne servent à rien en temps ordinaire, mais que la nature a placés là pour venir au secours des utérus défaillants. On s'en est servi comme l'auraient fait de leurs câbles des matelots inexpérimentés, et l'utérus a continué à filer sur ses ancres. L'idée vint un jour de les pincer à quelque distance de leur insertion utérine, de les amener et de les coudre à l'angle inférieur de la plaie, et de faire ainsi, en touchant à peine au péritoine, une opération qui dure dix minutes et, sans inconvénients ni dangers, donne des résultats excellents. Vous croyez peut-être que la foule des accrocheurs, éclairée, conquise par la divine simplicité, répudia vite ses embrochements, ses nœuds, ses plicatures et enfin se reposa? Si vous croyez cela, vous ne connaissez pas le cœur humain. Ils n'ont pas renoncé à tirer sur l'utérus, à lui infliger des postures anormales; ils viennent d'inventer ou de réinventer une manière de tortiller les ligaments ronds à travers les ligaments larges. Ils cherchent encore, ils n'ont pas fini.

Ma critique, vous le voyez, ne s'adresse pas aux premiers venus, et, si dépourvue qu'elle soit de tout fiel, peut-être suis-je indiscret en leur rappelant que les inventions les plus ingénieuses, les raffinements les plus précieux ne valent pas de voir juste ce qu'il faut faire et de l'exécuter simplement.

Je m'arrête, mes chers collègues, et je m'excuse de vous avoir retenus si longtemps. C'est qu'on pourrait écrire un volume sur la chirurgie simple; et certes il y aurait matière à composer un traité critique de médecine opératoire, très différent des livres que nous possédons. C'est un malheur et peut-être un signe des temps qu'on n'y ait pas encore songé.

L'art que j'ai évoqué devant vous est l'aboutissant, la synthèse des observations faites en toute naïveté par les hommes qui veulent uniquement, exclusivement bien faire, sans s'attarder aux illusions de la technique individuelle et des « procédés d'auteurs ». A ce titre, il n'appartient qu'aux esprits hautement et noblement cultivés; et s'il est vrai que la chirurgie s'est « démocratisée », il faudrait bien nous entendre sur la valeur de ce mot avant d'affirmer qu'il est le signe d'un progrès. Certes, il ne s'agit pas de réagir contre l'expansion de la chirurgie, encore moins d'en interdire l'accès à qui n'a pas montré patte blanche; du praticien sans titres officiels au professeur de la Faculté, toute âme généreuse est apte à la comprendre. Mais il faut bien reconnaître aussi qu'elle a beaucoup d'ennemis inconscients dont les recherches vaines l'enlaidissent à plaisir. Elle est montée très haut depuis l'ère antiseptique, vous faites bien de le proclamer; elle montera encore, si nos mains restent pures. Mais croyez-moi, ce n'est pas en l'admirant toujours, c'est en la morigénant un peu que nous la rendrons plus belle.

---

# Des Phosphates dans l'Alimentation

## ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Par le Docteur TUCKER

D'après les expériences de Calmette, de Lille, tout le monde sait que les animaux à sang chaud et quelques animaux à sang froid sont susceptibles d'être contaminés par la tuberculose; très peu sont spontanément tuberculeux, d'autres, au contraire, le sont par les ingestions alimentaires ou par le contact, comme les poules, les animaux de basse-cour.

Nous savons également qu'aucun des sérums actuels n'exerce sur l'homme une action bienfaisante, qu'aucun de ces sérums n'a donné des résultats probants, mais, par contre, nous n'ignorons pas que presque tous les hommes dans leur vie ont des poussées de tuberculose; 25 0/0 en meurent.

Dans le début de cette maladie, l'amaigrissement musculaire est un des symptômes des plus fréquents, les muscles sont flasques, la palpation ne résiste pas, les pectoraux, les muscles du mollet, les sous et sus-épineux ne présentent pas de résistance sous la main.

Ce n'est pas la graisse qui a disparu, ce sont surtout les muscles; ces symptômes de première période sont constants, le malade a une légère fièvre qui passe souvent inaperçue, il a souvent les joues colorées, cette coloration est factice et due à la température.

C'est à cette période surtout que nous devons attaquer la tuberculose. Nous devons prévenir le malade des conséquences qui pourraient suivre, s'il ne se soigne pas sérieusement, le faire partir tout de suite pour un repos d'altitude et de suralimentation.

La viande sous toutes ses formes, crue, pulpe, jus de viande, le sucre, les féculents le tireront peut-être de ce mauvais pas, mais le malade ne pourra pas souvent absorber la quantité nécessaire, son estomac, que nous devons ménager, s'y refusera.

On doit donc, pour éviter la dyspepsie, remplacer la quantité par la qualité.

Comme il ne pourra pas absorber la quantité de phosphore, contenue dans les féculents qu'il devra prendre en remplacement de celle qu'il perd par les urines, on remplacera par les

phosphates médicamenteux, ceux qu'il ne pourra pas s'assimiler par l'alimentation.

Il y a quelques années, ayant eu connaissance des travaux de Gilbert de Dambre, en France, ainsi que ceux de Loewenstein, Giacchosa, Klantsch, Posternach, à l'étranger, j'ai fait nombre d'expériences sur des rats inoculés et j'ai obtenu de bien meilleurs résultats avec la **Phytine** qu'avec les féculents et les pâtes, ayant soumis ces animaux à une cure de régime.

J'ai ensuite fait dans mon service au dispensaire Théophile Rousselle, où passent près de 6.000 malades annuellement, des expériences de cures de régime sur mes malades tuberculeux dans la première période ; j'ai constaté que la **Phytine**, qui contient 22 0/0 de phosphates assimilables, était tolérée facilement, qu'on pouvait réduire la quantité de féculents, diminuer le travail stomacal, éviter souvent aux malades la dyspepsie, qu'ils augmentaient rapidement de poids, que leurs muscles devenaient moins flasques, que sans cesser leur travail, des ouvriers, atteints de prétuberculose au premier degré, même dans des conditions d'hygiène défectueuse, guérissaient encore très facilement.

Nous n'obtenions jamais le même résultat avec les féculents seuls. Les tannins, les arséniates, sous toutes les formes, les antidermiques et les frictions d'alcool peuvent être associés au traitement de la cure d'air et de suralimentation.

*INTÉRÊTS PROFESSIONNELS*

## Conduite à tenir près d'une Femme enceinte

### QUI VIENT DE MOURIR

Cette question est très troublante et a donné lieu à de nombreuses controverses. Faut-il intervenir et comment faut-il intervenir ?

Si le médecin n'est pas présent au moment de la mort, s'il arrive une heure après, par exemple, l'enfant, dans tous les cas, est certainement mort et il ne faut pas espérer le retirer vivant. Mais prenons le cas plus simple où le praticien assiste à la mort de la mère. Il n'est pas toujours facile d'affirmer la mort immédiatement, et on peut hésiter à intervenir.

Cependant la seule chance d'avoir un enfant vivant est de le « faire naître » le plus rapidement possible. Le plus souvent, il est vrai, l'enfant meurt avant la mère : c'est la règle chez les éclamptiques, les cardiaques et les infections à forte hyperthermie et quand l'agonie a été longue. Aussi l'intervention la plus hâtive est-elle alors dans l'immense majorité des cas suivie d'insuccès. L'extraction peut être cependant indiquée, en particulier si elle est demandée par la famille ; certaines personnes pensent, en effet, qu'il n'est pas convenable d'inhumer une femme portant dans son sein un enfant bien développé et préfèrent le placer à côté d'elle dans son cercueil.

Mais il est des cas où l'enfant ne succombe que plus ou moins longtemps après le décès de la mère : par exemple quand la mort de celle-ci a été subite. L'auscultation, qui doit être toujours pratiquée, renseignera sur l'état de l'enfant.

Dans les cas où il est vivant, et surtout si on se trouve près du terme de la grossesse, et si la mort de la mère est certaine, l'indication absolue est d'agir et d'agir rapidement, car le moment où on intervient a une importance primordiale.

M. Cathala rapportait récemment à la Société d'obstétrique de Paris une observation de césarienne pratiquée par lui à la clinique Tarnier, immédiatement après la mort, due, comme le montra plus tard l'autopsie, à un sarcome du cervelet. L'enfant vivait encore au moment de l'auscultation de l'abdomen. Il fut extrait vivant et a survécu. C'est là un cas type d'indication de l'intervention.

Le choix de l'intervention pourrait prêter à discussion. Certains accoucheurs sont partisans de l'opération césarienne, d'autres préconisent l'accouchement forcé. A ce point de vue les conditions sont un peu différentes suivant qu'on se trouve à l'hôpital, ou dans la pratique civile.

Dans les Maternités, toutes les conditions peuvent parfois se trouver réunies au moment de la mort subite d'une femme enceinte (présence immédiate de l'accoucheur et des aides nécessaires, instruments préparés, etc.), pour pratiquer l'opération césarienne *post mortem* avec de grandes chances de survie de l'enfant.

En clientèle, les circonstances sont autres : le diagnostic *rapide* de la mort réelle de la femme se posera avec plus d'hésitation ; il faudra obtenir l'assentiment de la famille pour pratiquer une opération toujours d'allure dramatique ; il faut avoir sous la main les instruments nécessaires, etc. Aussi, étant donné que, chez une multipare particulièrement, la dilatation du col est souvent aisée et que l'accouchement par les voies naturelles est toujours accepté facilement par l'entourage, il semble que, dans la pratique civile du moins, l'opération césarienne *post mortem* a des indications moins nombreuses que l'accouchement méthodiquement rapide.

En clientèle, quand le diagnostic de mort de la mère sera confirmé et qu'on se trouvera dans les conditions favorables que nous avons indiquées, la conduite à tenir sera la suivante :

Lorsque les parties génitales permettent de terminer assez rapidement, on se hâtera d'extraire l'enfant par les voies naturelles. Mais, si le travail est à peine déclaré, si le col est encore saillant et dur, mieux vaut pratiquer immédiatement l'opération césarienne qui, plus facile et plus rapide, donne plus de chance à l'enfant (1).

(1) *Rev. Int. méd. et chir.*

## REVUE D'HISTOLOGIE

**Le plexus solaire, chez les paralytiques généraux.**

M. Pitulesco a présenté à la *Société anatomique* des coupes et des photographies montrant l'existence de lésions très nettes du plexus solaire, chez les paralytiques généraux.

les plus vastes pertes de substance prendre un fort bel aspect et rapidement se cicatriser. Cette puissance kératoplastique est unique. » — « Nous avons observé, annonce le Dr Gormon (1), des cicatrisations de plaies atones par ce produit en un temps très court et même des guérisons en dix et douze jours de plaies exigeant avec tout autre substance plusieurs semaines. » — « L'anios, affirme le Dr Schmieder (2), est un merveilleux kératoplastique. » — « Le Dr Barally (3), dans une étude reproduite par plusieurs journaux, a pu à son tour écrire ce qui suit : « Nous avons bien souvent employé l'anios sur un grand nombre de plaies septiques, et leur cicatrisation fut correcte, rapide, sans traces anormales, nous n'avions *jamais obtenu jusqu'ici d'aussi beaux résultats*.

3° L'anios *n'a pas d'inconvénient*.

Nous ne citerons pas d'autres auteurs pour démontrer cette supériorité pratique de l'anios sur les germicides et les kératiplastiques connus, les travaux des auteurs précédents sont suffisamment catégoriques à ce sujet. Nous donnerons simplement l'explication physiologique de cette valeur médicatrice.

L'anios n'a pas d'odeur, pas de couleur, parce que les substances de sa constitution poly-oxyméthylènes et sel de vanadium sont sans odeur, sans couleur ; donc pas de tache à craindre et pas de gêne possible quand on veut soigner par exemple, le chancre mou, la blennorrhagie, l'herpès génital avec l'anios.

Et si cette substance n'est pas toxique, c'est parce que l'oxygène qu'elle émet n'est pas toxique et que, d'autre part, elle ne renferme aucun corps étranger susceptible de représenter un élément dangereux.

De même, si l'anios n'est pas irritant pour les muqueuses et la peau, c'est parce que l'oxygène, par lui-même n'est pas irritant et que s'il le devient parfois (eau oxygénée) c'est par l'addition d'acides à ressolutions officinales.

Donc, à l'heure actuelle, *il existe en médecine un agent doué de propriétés germicides et kératoplastiques puissantes, plus puissantes que celles des autres remèdes employés jusqu'à ce jour et qui ne présente cependant aucun inconvénient*.

La fermentation vanadique est donc un véritable progrès scientifique.

(1) *Bulletin Médical*, n° 32, 1908.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, n° 7, 1909.
(3) *Bull. Méd.*, 23, 1908 et *Lyon Médical*, 17, 1908.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Méningites méningococciques à liquide stérile ot amicrobien par la précipito-réaction** (*Soc. de Biologie*).

MM. H. Vincent et E. Combe montrent que la précipito-réaction peut se montrer positive dans certains cas de méningite cérébro-spinale à liquide stérile clair et lymphocytaire. Dans deux cas récents, le liquide rachidien, louche et à polynucléaires altérés n'a montré aucun microbe, soit à un examen microscopique minutieux, soit dans l'ensemencement très abondant.

Par contre, le précipito-diagnostic a été positif et le traitement spécifique par le sérum antiméningococcique a amené la défervescence et la disparition des symptômes méningés. La réaction de précipitation supplée à l'absence du microbe pathogène en mettant en évidence des produits de sécrétion.

Il est probable que dans certaines formes de méningites surtout céphaliques, le méningocoque se cultive presque exclusivement dans les ventricules ; de là son absence dans le liquide rachidien.

**Procédé facilitant la recherche des trypanasomes, des spirilles et des filaires dans le sang** (*Soc. de Biologie*).

MM. C. Levaditi et Stanesco ont constaté que la ricine, qui agglutine fortement les hématies, n'exerce aucun pouvoir toxique sur les trypanosomes. Les auteurs ont appliqué cette propriété particulière de la ricine à la recherche des trypanosomes, des spirilles et des filaires dans le sang. On laisse tomber 20 gouttes de sang dans une solution de ricine additionnée d'hirudine et, après l'agglutination des hématies, on recueille le liquide clair surnageant, que l'on soumet à la centrifugation. On retrouve les parasites, dans le culot de centrifugation, presque dépourvus d'éléments figurés, ce qui rend leur recherche des plus faciles.

**L'hémoculture dans le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde.**

M. Boni passe en revue, dans l'*Osped. Maggiore*, tout en discutant leur valeur par rapport au diagnostic précoce, les divers symptômes cliniques et les différents procédés de laboratoire proposés à ce but (sérodiagnostic, déviation du complément, démonstration du bacille spécifique dans les urines, fèces, roséole, rate, sang, etc.) et en expose les résultats des recherches systématiques, cliniques et bactériologiques faites par lui-même sur 41 cas de typhoïde.

Pour l'hémoculture il se servit d'un procédé spécial, dans le but de favoriser le développement des germes et de faciliter le transport du matériel des recherches, depuis le lit du malade jusqu'au laboratoire. Ce procédé consiste à répandre quelques centimètres cubes de sang, pris à la veine, dans des éprouvettes contenant de 10 à 12 centimètres cubes d'un bouillon spécial et en empêchant la coagulation. Cette préparation se fait en dissolvant 2 grammes d'oxalate de potasse dans un litre de bouillon ordinaire de culture légèrement alcalinisé, filtré, distribué dans des éprouvettes et stérilisé. Les germes éventuellement développés sont identifiés par les moyens connus.

Quant à la valeur des divers symptômes pour le diagnostic prompt et précoce, l'auteur les rencontra dans un premier examen et dans l'ordre suivant de fréquence :

| | |
|---|---|
| Hémoculture positive | 92 % |
| Langue typhique | 90 % |
| Splénomégalie | 85 % |
| Diazo réaction | 83 % |
| Douleurs abdominales | 80 % |
| Céphalée | 78 % |
| Albuminerie | 65 % |
| Diarrhée | 58 % |
| Gargouillement illéo-cœcal | 53 % |
| Séro-diagnostic | 51 % |
| Taches rosées | 47 % |
| Pouls dicrote | 39 % |
| Pouls lent | 15 % |

Aucun symptôme n'est aussi constant et précoce que la présence des bacilles d'Eberth dans le sang. L'âge des patients ayant varié de la dixième à la quinzième année et le caractère de la maladie, qui fut grave dans 7 cas, moyen dans 17 et léger dans 17 autres, ne peuvent montrer le rapport qu'ils ont avec le résultat positif de l'hémoculture. L'influence de l'époque pendant laquelle sont faites les recherches est évidente. Ces dernières sont positives quand elles ont lieu 6 jours avant l'apyrexie, de sorte que les résultats négatifs peuvent être considérés comme les précurseurs de la convalescence.

Le résultat hémocultural fut positif dans 4 cas déjà le huitième jour de la maladie. Ces faits appuient l'idée que dans le typhus la présence des bacilles d'Eberth dans le sang est constante et précoce, mais peut manquer quand l'infection est à sa fin.

## REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

**Comment se transmet la scarlatine**, par le Dr Comby. (*Arch. de médecine des enfants*, n° 8).

Ne pensons plus à la desquamation comme source d'infection scarlatineuse, mais prenons garde aux sécrétions du nez, de la gorge, des oreilles. Tant que ces organes ne seront pas nettoyés et redevenus sains, nous devons considérer les enfants comme dangereux. Il faut désinfecter les malades du mieux possible ; la désinfection des locaux est superflue. Les microbes de la scarlatine, comme ceux des autres maladies contagieuses ne s'attachent pas aux murs, aux parquets, aux plafonds, ils ne hantent ni la cave ni le grenier, ils ne se réfugient pas sur les toits, fussent-ils de chaume, comme dans le cottage cité par Richardson. Les microbes sont véhiculés par le malade et les personnes qui l'approchent ; ils vivent dans ses sécrétions et excrétions ; on désinfectera les objets souillés par elles, mais on s'appliquera surtout à la désinfection la plus soigneuse des cavités naso-pharyngiennes, buccales, auriculaires, etc. On prescrira un isolement rigoureux et prolongé ; on sera propre, *aseptique* ; on mettra des blouses, on se lavera les mains, la figure, quand elles auront pu être contaminées ; quant à l'*antisepsie*, elle sera limitée aux linges et autres objets souillés par le contact du malade ; l'eau bouillante, la lessive suffisent dans la plupart des cas ; l'étuve à vapeur sous pression qui détruit les étoffes, même les matelas, sans d'ailleurs les désinfecter à fond, les pulvérisations de sublimé, qui détériorent tout sur leur passage et ne servent à rien, seront proscrites. Leur règne néfaste a assez duré ; il doit cesser.

Assainissons l'habitation, donnons de l'air, du soleil, de l'eau en abondance, isolons rigoureusement les malades de nos hôpitaux, ne laissons pas partir trop tôt les convalescents, soyons propres, aseptiques comme les chirurgiens, ne faisons pas de mal aux malades, respectons leurs meubles, ne détériorons pas leurs pauvres logements ; nous ne pouvons faire mieux actuellement pour la prophylaxie de la scarlatine.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Les méthodes modernes d'exploration chirurgicales de l'appareil urinaire**, par le Dr Cathelin, chirurgien en chef de l'Hôpital d'urologie (Paulin, édit.).

Ce très important ouvrage. illustré de cent gravures, met au point les grandes questions modernes d'urologie et de chirurgie urinaire qui intéressent à la fois le praticien et le spécialiste.

L'auteur passe en revue la division endovesicale des urines, la cystoscopie à eau, la cystoscopie à air, le cathéterisme urétéral, l'urétroscopie et la mensuration de la prostate.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de ce livre excellent qui sera lu avec profit par nos confrères.

**Traité élémentaire de physiopathologie clinique**, par le Professeur Grasset, associé national de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, chargé de l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique générales (Coulet, Montpellier).

La conception de la *Pathologie générale*, qui est la *synthèse de la médecine*. est passée par plusieurs phases. C'était d'abord une *conception philosophique* ; puis le *penser anatomique* s'est substitué au penser philosophique et la pathologie générale a été identifiée à l'anatomie pathologique. Aujourd'hui c'est le *penser physiologique* qui domine l'entière *science de l'homme* et la pathologie générale devient l'étude du fonctionnement de l'homme à l'état normal et pathologique ou *physiopathologie*.

Partant de cette idée, encore peu classique, M. Grasset a divisé en trois années son enseignement de Pathologie générale ; chaque année d'enseignement formant un volume, qui forme un tout distinct et indépendant.

Dans ce volume, M. Grasset étudie successivement à l'état normal et pathologique, tontes les fonctions de *matière*, c'est-à-dire :

I. Les *fonctions d'absorption et de transformation* (appareil digestif et appareil respiratoire) : *du milieu extérieur au milieu intermédiaire circulant* ; II. les *fonctions de circulation* (appareil circulatoire, le sang et la lymphe) : le *milieu intermédiaire circulant* ; III. les *fonctions de nutrition* (histoire normale et pathologique à travers l'organisme des hydrocarbones et des sucres, des albuminoïdes, des graisses, etc. ; nutrition générale ; appareils à sécrétions internes) : le *milieu intérieur tissulaire* ; IV. les *fonctions d'élimination* (sécrétions externes) ; *du milieu intérieur au milieu extérieur.*

En somme, ce volnme comprend tonte la *trophobiologie humaine*,

Le deuxième volume (qui paraîtra dans nn an) comprendra tontes les fonctions de *défense de l'organisme* contre l'étranger (*antixenisme*) : étiologie générale, défense dans le sang et les tissus (immunité, etc.), anatomie pathologique générale, thérapeutiqne générale...

Enfin le troisième volume terminera le cycle de l'étude physiologique et comprendra les fonctions d'*énergie*, c'est-à-dira l'entière *neurobiologie* humaine, plus les fonctions de reproduction avec l'embryologie générale.

Dans tontes les parties de l'ouvrage, l'anteur part de la *clinique* pour aboutir à la cliniqne, et trouve, dans tous les faits nonveanx de la science contemporaine, une confirmation et une démonstration nonvelles de la *conception vitaliste de la vie*, telle qn'on n'a cessé de l'enseigner dans l'École de Montpellier.

**Consultations pratiques sur les maladies du foie**, par le Dr AVIÉRINOS, de Marseille. (Baillière.)

Ce petit livre, essentiellement pratiqne, est la mise au point de la thérapeutiqua conrante d'nn organe important. Le foie a reconquis, sans conteste, dans la pathologie moderne, l'nn des premiers rangs qn'il occnpait jadis.

Les maladies sont placées par ordre alphabétique pour faciliter les recherches. Au-dessons de chacune d'elles, qnelques mots d'étiologie, da symptomatologie et de diagnostic. Enfin, des exemples d'ordounances, appropriés à chacune de ces maladies. Comme introduction, qnelqnes règles sommaires pour l'examen d'un hépatiqne.

**L'Eglise et la Sorcellerie**, pièces historiques avec textes et documents, par J. FRANÇAIS. (Emile Nourry, éditenr.)

Le nonvel ouvrage de J. Français vient combler nne lacune grave des histoires générales et particulières, tontes laissant ignorer, on à pen près, qnel fut le nombre formidable et le rôle énorme des procés de sorcellerie, dans la vie sociale de l'Enrope, du moyen-âge an XVIIIe siècle.

Une procédnre qni dépenpla des provinces entières méritait une histoire. Elle ajonte nn curienx chapitre à l'histoire de l'Eglise catholique.

Outre de nombreux documents officiels annexés à son travail, l'anteur a ajonté la pnblication d'nn procès inédit.

Ce livre, qni manqnait anx travaillenrs et aux hommes cultivés, aura nécessairement le succès anquel il a droit.

**Consultations et Formulaire de Thérapeutique infantile**, par le Dr M. DEGUY, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire à l'Hôpital des Enfants-Malades (année 1910). Direction, 9, rne d'Assas, Paris.

On pourrait croire qne sur un tel snjet l'innovation est impossible, et qu'nn formulaire ne saurait différer d'un antre qne par l'abondance des matières, le nombre des maladies et des médicaments étndiés. On se convaincra facilement dn contraire en lisant le livre qne vient de pnblier le Dr Deguy. Originalité dans la forme et dans le fond, manière très spéciale et tout à fait henreuse de présenter agréablement an lecteur des énumérations qui seraient facilement fastidienses : telles sont les qualités qni frappent à première vue. L'anteur, en une trentaine de pages topiqnes, nous expose d'abord les principes qui doivent présider à la nourriture de l'enfant et guider la snrveillance de son évolntion physiologiqne. Ensuite sont étudiées, par ordre alphabétiqne, les maladies de l'enfance, avec nn développement d'antant plus grand qu'elles sont plus fréquentes ou plus graves. L'auteur ne fait pas une revue générale des médications qui ont été préconisées, il fait nn choix. Il donne nne ligne de conduite, celle qn'il a adoptée parce qn'elle lui a paru donner les meilleurs résultats. Il a été sobre de formnles, mais a choisi de bonnes formules.

Dans une troisième partie sont étudiés, par ordre alphabétiqne, tous les médicaments utilisables chez les enfants. Le plan est uniforme, et les rubriques suivantes se produisent tonjours : Aspect, Solnbilité, Saveur, Incompatibilités, Equivalence, Doses selon l'âge, Exemple de formule.

Et ce plan se reprodnit encore à propos de tontes les formes pharmaceutiqnes sous lesqnelles ces médicaments penvent être administrés.

Dans nn memorandnm qui fait suite, l'auteur énnmère les sirops, pâtes, solntions inscrites an Codex (le nonvean Codex, bien entendn), avec leur formnle, puis les titrages conrants des médicaments qui se préparent en grannlés ou en comprimés. L'ouvrage se termine par le dosage maximum des médications et leur adaptation légale à l'enfant.

Ce volume renferme plns de 1200 formules. La posologie des sirops est ramenée, ce qni est plus logique, en volume.

C'est, en résumé, nn livre essentiellement pratique, très clair, bien divisé, bien présenté ; nul doute qu'il fasse bientôt partie de la bibliothèque des médecins praticiens auxquels il est appelé à rendre les plus grands services en comblant une lacune.

**L'avortement** (*Consultations médicales françaises*, fascicule XII), par le Dr P. RUDAUX, accouchenr des hôpitaux de Paris (A. Poinat).

**Almanach de la Tempérance pour 1910.** (Ligue contre l'alcoolisme, Bruxelles).

# CARNET DU PRATICIEN

## Bronchite aiguë dans la première et la seconde enfance

1° Faire appliquer matin et soir, pendant 10 à 15 minutes sur le thorax un grand cataplasme sinapisé. On fera suivre cette application d'une friction énergique sur le thorax avec un tampon de coton hydrophile ou un morceau de flanelle imprégnés de la mixture suivante :

| | |
|---|---|
| Térébenthine | 15 grammes |
| Alcool à 65° | 300 — |

2° Si l'enfant est couché, envelopper ses jambes de bottes de ouate et de taffetas gommé.

3° Toutes les trois heures, dans l'intervalle des prises de lait ou de bouillon, donner une cuillerée de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude | 2 grammes |
| Sirop de tolu | 30 — |
| Julep, q. s. | 120 — |

ou bien, si la toux est très quinteuse et pénible :

| | |
|---|---|
| Sirop de codéine | 5 grammes |
| Eau de laurier-cerise | 2 — |
| Eau chloroformée | 30 — |
| Eau de fleurs d'oranger, q. s. | 120 grammes |

(G. LYON.)

Donner une cuillerée à café de l'une de ces potions toutes les deux heures.

4° Dès que la bronchite est arrivée à la 2e période de son évolution (toux grasse), prescrire la potion précitée au benzoate de soude ; ou bien, si l'enfant est assez résistant et si la bronchite est généralisée, donner 1 cuillerée à café, 4 ou 6 fois par jour, de l'une des potions suivantes à l'ipéca.

| | |
|---|---|
| Sirop d'ipéca | 30 grammes |
| Sirop de tolu, q. s. | 90 — |

Se rappeler que chez l'enfant on ne donnera l'ipéca à dose vomitive qu'à la fin de la période catarrhale et si les sécrétions sont très abondantes. On renoncera même à prescrire son emploi chez les enfants chétifs, peu résistants ou épuisés pour éviter les effets hyposthénisants.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Ergotine | 0 gr. 75 |
| Sirop d'ipéca | 30 grammes |
| Looch blanc, q. s. | 120 — |

(AUSSET.)

On encore :

| | |
|---|---|
| Sirop d'ipéca | 40 grammes |
| Benzoate de soude | 1 — |
| Bicarbonate de soude | 0 gr. 50 |
| Sirop de polygala | 20 grammes |
| Décoction de polygala | 130 — |

(MÉRY.)

On pourra aussi faire prendre à l'enfant par cuillerées à soupe, toutes les 3 heures :

De l'infusion de 0,40 centigr. de feuilles de Jaborandi dans une tasse d'eau (WEILL).

5° Si la température du petit malade est trop élevée, on lui donnera une ou plusieurs fois par jour un bain tiède (à 38, 36°) ordinaire ou mieux sinapisé, suivi d'ailleurs dans tous les cas d'une friction avec la solution térébenthinée précitée.

On pourrait aussi donner à l'enfant un peu d'euquinine ou d'aristochine, ou bien lui faire introduire dans le rectum un suppositoire au sulfate de quinine, mais les résultats en sont inconstants.

6° Si l'enfant est très abattu, on prescrira :

| | |
|---|---|
| Eau-de-vie vieille | 10 à 20 grammes |
| Sirop de quinquina | 20 grammes |
| Benzoate de soude | 2 — |
| Julep q. s. | 120 — |

7° Si la toux est rauque, s'efforcer de prévenir la laryngite striduleuse en faisant appliquer d'une façon continue des compresses tièdes ou froides autour du cou ; insister sur la vaporisation du benjoin ou de la quinoléine ; prescrire une potion calmante :

| | |
|---|---|
| Antipyrine | 0 gr. 50 |
| Bromure de potassium | 1 gramme |
| Sirop de codéine | 10 — |
| Sirop de tolu | 20 — |
| Sirop de fleurs d'oranger | 30 — |
| Eau distillée, q. s. | 120 — |

(G. LYON.)

à prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

(Drs PÉRIER et GANGOUX.)

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant* pas d'*eau en bouteille.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant* pas *localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

*En* CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexeville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon, *Hunyadi-Jànos*.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — THORENC (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains, *Hunyadi-Jànos*.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur LUCIEN-GRAUX.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Comment on peut rendre impossibles les fraudes d'eaux minérales**

Non seulement les consommateurs, mais aussi le corps médical se sont émus des fraudes nombreuses sur les eaux minérales révélées par les journaux.

Nous croyons pouvoir prédire que les beaux jours des fraudeurs sont finis.

Un grand nombre de sourciers français viennent, en effet, d'adopter un bouchage inviolable, inventé et fabriqué par la Société des Etablissements Weissenthanner, à Montreuil-sous-Bois.

Parmi les sources qui ont adopté cette mesure radicale, nous pouvons citer : la Source du Pavillon et la Source Thierry, à Contrexéville; la Grande Source, à Vittel; les Eaux de Bagnoles-de-l'Orne, de Bains-les-Bains, de Plombières; la Source du Prieuré, à Rochemaure; la Châteline, Cristal-Château; la Source Saint-Simon, à Aix-les-Bains.

Quelques Sociétés n'emploient encore le bouchage Phénix Inviolable que pour les eaux exportées, mais, avant peu, ces sources livreront certainement toute leur production avec ce bouchage qui, non seulement rend la fraude impossible, mais qui supprime tous les accidents fâcheux occasionnés par le bouchage au liège, dont les poussières qui s'en détachent corrompent l'eau rapidement. Avec le bouchage Phénix Inviolable, l'eau n'est pas en contact avec le joint en liège; ce joint est complètement isolé de l'eau par une rondelle d'étain pur. Le consommateur n'est donc plus exposé à rencontrer des bouteilles d'eaux corrompues et les Sourciers n'éprouveront plus le préjudice de la déconsidération que cet accident occasionnait.

## ÉCHOS

**L'Hygiène.**

Après *Le Théâtre* et *Les Modes*, après *Les Arts*, les éditeurs Manzi et Joyant, 24, boul. des Capucines, viennent de publier un nouveau périodique, aussi fastueux que les précédents.

Titre : *L'Hygiène*.

M. le Dr Maurice de Fleury en est le rédacteur en chef pour la partie médicale. Après de lui s'inscrivent les noms illustres que voici :

MM. le prof. Blanchard. Dr F. Bordas, prof. Bouchard, Léon Bourgeois, Dr Et. Burnet, prof. A. Calmette, Dr Capitan, prof. Chantemesse, prof. Chauffard, prof. Debove, Paul Deschanel, prof. Dieulafoy, Dr Duhief, Dr G. Dumas, Dr Galippe, prof. Armand Gautier, prof. Gilbert, Dr H. Huchard, prof. V.-H. Hutinel, Dr L. Jacquet, Paul Juillerat, Dr Léon Labbé, Dr Marcel Labbé, Dr E. Landolt, prof. Landouzy, prof. Lannelongue, Dr A. Laveran, Dr P. Le Gendre, Levassenr, Dr Liebreich, Dr G. Linossier, Dr A.-J. Martin, Gustave Mesnreur, Dr Metchnikoff, Léon Mirman, Henri Monod, Dr Mosny, Dr A. Netter, prof. Edmond Perrier, Dr Peyrot, prof. Pinard, Dr Poncet, René Quinton, Dr L. Renon, prof. Ch. Richet, prof. A. Robin, Dr E. Roux, Paul Stranss, Dr H. Tissier, Dr Vaillard, Vallée, Dr Valude, Dr F. Widal, Dr Wurtz, Yvon, etc., etc.

Avec de tels collaborateurs, la revue *L'Hygiène* est assurée de fournir une longue et brillante carrière.

**Pour les étudiants hongrois.**

Sur l'initiative du professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, un Comité de patronage s'est constitué à Paris pour favoriser le séjour des étudiants hongrois dans les villes universitaires de la France.

Le Comité est composé comme suit : MM. Liard, président, Lyon-Caen, Landouzy, Appell, Croiset, Lavisse, Bonnat, Bouchard, Pinard, Championnière, Arloing, Calmette, Hugues Le Roux, Gaston Deschamps, membres; Kont, secrétaire général.

**Les poids que peuvent porter les enfants et les femmes.**

Le ministre du travail vient de faire signer un décret fixant les limites des charges qui peuvent être portées, traînées ou poussées soit par des enfants de moins de dix-huit ans, soit par les femmes de tout âge employés dans les établissements suivants : manufactures, fabriques, usines, chantiers, ateliers, laboratoires, cuisines, caves et chais, magasins, boutiques, bureaux, entreprises de chargement et de déchargement et leurs dépendances, de quelques nature que ce soit, publics ou privés, laïques ou religieux, même lorsque ces établissements ont un caractère d'enseignement professionnel ou de bienfaisance.

1° *Port des fardeaux*. — Garçons ou hommes : au-dessous de 14 ans, 10 kilos ; de 14 ou 15 ans, 15 kilos ; de 16 ou 17 ans, 20 kilos. — Filles ou femmes : au-dessous de 14 ans, 5 kilos : de 14 ou 15 ans, 8 kilos ; de 16 ou 17 ans, 10 kilos ; de 18 ans et au-dessus, 25 kilos.

2° *Transport par wagonnets circulant sur voie ferrée*. — Garçons ou hommes : au-dessous de 14 ans, 300 kilos, véhicule compris ; de 14, 15. 16 ou 17 ans, 500 kilos, véhicule compris. — Filles ou femmes : au-dessous de 16 ans 150 kilos, véhicules compris ; de 16 ou 17 ans, les 300 kilos, véhicules compris ; de 18 ans et au-dessus, 600 kilos, véhicule compris.

3° *Transport sur brouettes*. — Garçons ou hommes de 14, 15. 16 ou 17 ans, 40 kilos, véhicules compris. — Filles ou femmes de 18 ans et au-dessus, 40 kilos, véhicules compris.

4° *Transport sur véhicules à 3 et 4 roues dits « placières, pousseuses, pousse-à-mains »*, etc — Garçons ou hommes : au-dessous de 14 ans, 35 kil., véhicules compris ; de 14, 15. 16 ou 17 ans, 60 kil., véhicules compris. — Filles ou femmes : au dessous de 16 ans, 35 kilos, véhicule compris ; de 16 ans et au-dessus, 60 kilos, véhicule compris.

5° *Transport sur charettes à bras à 2 roues*. — Garçons ou hommes de 14, 15, 16 ou 17 ans, 130 kilos, véhicule compris. — Filles ou femmes de 18 ans et au-dessus, 130 kilos, véhicules compris.

6° *Transport sur tricycles porteurs à pédales*. — Garçons ou hommes : de 14 ou 15 ans, 50 kilos, véhicule compris ; de 16 ou 17 ans, 75 kilos, véhicule compris.

Les modes de transport énoncés sous les nos 3 et 5 sont interdits aux garçons de moins de quatorze ans ainsi qu'aux filles et femmes de moins de dix-huit ans.

Le transport sur tricycles porteurs à pédales est interdit aux garçons de moins de quatorze ans et aux femmes de tout âge.

Le transport sur cabrouets est interdit aux garçons ou hommes de moins de dix-huit ans et aux femmes de tout âge.

Il est interdit de faire porter, pousser ou traîner une charge quelconque par des femmes, dans les trois semaines qui suivent leurs couches. L'interdiction ne s'applique que lorsque l'intéressée a fait connaître au chef de l'établissement la date de ses couches.

**Les thèses récompensées à la Faculté de Médecine de Paris.**

Le Conseil des professeurs de la faculté de médecine de l'Université de Paris a arrêté dans sa dernière séance de l'année 1909, la liste des thèses récompensées. Des médailles d'argent, de bronze et des mentions honorables ont été décernées aux auteurs de ces thèses ci-après désignés par ordre alphabétique pour chaque catégorie de récompenses.

*Médailles d'argent*. — MM. les docteurs Bandoin, Bello y Rodriguez, Blatter, Boudon, N. Fiessinger, Genevois, Mme Girard, née Mangin ; MM. Gougerot, Guyénot, Gy, Hautefort, Kahn, Paul Laffont, Mocquot, Sahlé, Sézary, R.-V. Thomas. — *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Paul Albert, Balthazarian, Buizard, Comandon, Delmazure, Robert Dupont, Georges Girand, Raymond Kock, Frantz, Lemeland, Milbit, Moncany, Charles Moreau, Pacaut, Pernet, Perrin, Planson, Sourdat, Vergnes, Vouters. — *Mentions honorables* : MM. les docteurs Blanchetière, Bornait-Legueule, Boutin. Brothier, Cartier, Chochon-Latouche, Cordier, Faix, Farcy, Faroy, Max François, Masson, Paul Mathieu, Mirza Abbas Kahn, Mohammed Hassan Khan, Mion ol Atehba, Peigney, Pierre Petit, Poiteau, Quémin, Sautreaux, Streletski, Wallon.

Les facultés et écoles françaises de médecine ont reçu moins de médecins pendant l'année universitaire 1908-1909 qu'au cours de la précédente. C'est ce qui résulte d'une statistique récemment dressée au ministère de l'Instruction Publique et qui donne un total de 936 diplômes d'Etat et de 48 diplômes d'université de docteurs en médecine, accusant une différence en moins de 55 diplômes d'Etat sur l'année précédente. C'est là une preuve de plus qu'il y pléthore de médecins. En cette dernière année, Paris a délivré 440 diplômes d'Etat. Bordeaux 120. Lille 32. Lyon 144. Montpellier 99. Nancy 29. Toulouse 47. Beyrouth (école française). Ces mêmes facultés et écoles en avaient délivré un total de 991 l'année précédente.

## POSTES MÉDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**STATION THERMALE**. — A vendre ou à louer, maison et installation du docteur ayant la plus grosse situation médicale de la station. (206)

**PARIS-IXe**. — Bon noyau de clientèle à céder pour cause de départ forcé. Bel appartement, ascenseur, etc. (205)

**ALLIER**. — Sous-préfecture. Bon poste d'avenir à céder. Recettes 10.000. Loyer 800. Indemnité 5.000. (203)

**SEINE-et-OISE**. — Région agréable. 2 docteurs dans la localité. L'un d'eux désireux de céder sa clientèle. (202)

**SEINE**. — A 10 minutes de Paris, docteur ayant belle clientèle : recettes 45.000. cherche successeur. Indemnité 40.000 Longue présentation. (199)

**CHER**. — Pour cause de départ urgent, à céder poste de 10.000 fr. Conditions avantageuses. (198)

**YONNE**. — Bon poste de 20.000 fr., à reprendre dans gros chef-lieu de canton. (195)

**PARIS**. — Beau quartier. Docteur céderait sa clientèle à confrère actif. Recettes 40.000. Loyer 3 600. Présentation sérieuse. On demande grosse indemnité. (194)

**ORNE**. — Poste de campagne à céder Recettes 10.000. On augmenterait de la moitié en faisant l'oculistique. (193)

**PARIS**. — A céder, **Cabinet Dentaire** à des conditions exceptionnelles. (190)

**Grande ville**. A 2 heures de Paris. — On céderait **Cabinet Dentaire**. Recettes 30.000. Facilité de paiement, pour cause de changement de situation. (189)

**VOSGES**. — Poste sans concurrence à céder. Recettes 17.000, une auto. Départ pour cause de santé. Faible indemnité. (177)

**SEINE-et-MARNE**. — Docteur âgé, seul médecin, céderait son poste. Plusieurs fixes. Successeur actif ferait 12 à 15.000. (167)

**NORD-OUEST**. — Grande ville. Clientèle aristocratique à céder. Recettes 35.000. Longue présentation. (146)

**Docteur de Paris** désire trouver acquéreur pour les meubles de son cabinet et salle de bains.

**Ancien Interne des Hôpitaux** désire reprendre clientèle agréable à Paris. (2191)

**Docteur de Lyon** cherche bon poste dans chef-lieu de canton ou petite ville région lyonnaise. (2190)

**Docteur** disposant de capitaux reprendrait ou s'associerait dans affaire para-médicale sérieuse et bien assise. (2189)

**Jeune Docteur** reprendrait à Paris, quartier excentrique, clientèle de 20.000 minimum. Paierait indemnité comptant (2188)

**Docteur** ayant exercé plusieurs années est désireux de reprendre dans la banlieue parisienne un poste de 25 à 30.000. (2187)

**Docteur** ayant poste de campagne cherche clientèle dans ville où il y ait lycée ou collège. (2186)

**Docteur** pressé de s'installer reprendrait immédiatement contre indemnité raisonnable bon poste dans un rayon de 200 kilom. de Paris. (2185)

**Docteur** âgé reprendrait clinique ou cabinet de consultations. (2184)

**Docteur sérieux** ayant références et pratique de la clientèle ferait remplacements toute l'année. (2183)

**Jeune Docteur** serait très heureux de trouver situation dans clinique, maison de santé ou assistant d'un docteur surchargé. Références. (2182)

**AVIS**. — **Jeune chirurgien-dentiste**, diplômé Ecole dentaire de Paris et Faculté de médecine de Paris, cherche **une place d'opérateur** dans cabinet dentaire. — S'adresser au Dr Frenkel, 36, rue Pergolèse.

81e Année (Série XIIIe) — N° 53 | Le Numéro : 25 Centimes | 1er Février 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 5 fr.
Union postale 7 fr.
Édition Espagnole 10 fr.
Édition Portugaise 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

CHANTEMESSE, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
LANDOUZY, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine
RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine
RICHET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine
ALBERT ROBIN, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine
BALZER, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.
BAZY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
BEURNIER, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
VAQUEZ, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
DESGREZ, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
MARIE, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif
MONPROFIT, Professeur à l'École de Médecine d'Angers
MOUREU, Prof. à l'École sup. de Pharmacie, Membre de l'Académie de Médecine

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury *Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nos amis.**

Nous apprenons, avec plaisir, la nomination au grade d'officiers de la Légion d'honneur de nos collaborateurs, les Drs Castex et Guglielminetti.

La rosette violette a été accordée à nos amis, les Drs Bétous (de Barèges) et Cauvy (de Lamalou) et les palmes aux Drs Cazaban (d'Arcachon), Courrejou (de Fumades), Larauza (de Dax).

**Nos martyrs.**

Le Dr Mourgues vient de mourir à Nîmes, nouvelle victime de notre profession. Bien qu'ayant une légère égratignure à la main droite, il n'hésita pas à opérer un abcès dont était atteint un de ses clients. Un peu de pus rejaillit sur la plaie; notre confrère continua son opération.

Quand celle-ci fut achevée, le Dr Mourgues employa les antiseptiques d'usage, mais il n'était plus temps. Le mal s'était propagé avec une rapidité effrayante, et, malgré l'intervention d'un chirurgien, M. Mourgues succombait au milieu d'atroces souffrances.

**L'Université d'Alger.**

On sait qu'un vote récent du Parlement a décidé la création d'une Université d'Alger, comportant les diverses Facultés.

Le *Journal officiel* vient de publier un décret nommant professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger :

MM. Guillemin, professeur de physique médicale; Trolard, professeur d'anatomie; Battandier, professeur de pharmacie; Trabut, professeur d'histoire naturelle médicale; Rey, professeur de physiologie; Soulié, professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie; Vincent, professeur de clinique chirurgicale; Brault, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées; Crespin, professeur d'hygiène et médecine légale; Rouvier, professeur de clinique obstétricale; Cange, professeur de clinique ophtalmologique.

MM. Malosse, agrégé des Facultés de médecine, professeur de chimie médicale; Hérail, agrégé des Facultés de médecine, professeur de matière médicale; Curtillet, agrégé des Facultés de médecine, professeur de clinique des maladies des enfants; Ardin-Delteil, agrégé des Facultés de médecine, professeur de clinique médicale; Weber, agrégé des Facultés de médecine, professeur d'anatomie pathologique et histologie.

**L'Exposition d'Hygiène de Tunis.**

Une exposition d'hygiène aura lieu à Tunis, du 27 mars au 10 avril 1910, sous le haut patronage de S. A. le Bey; la présidence d'honneur de M. Alapetite, résident général de France en Tunisie, et la présidence de M. Saint-Germain, sénateur d'Oran.

Le comité exécutif est ainsi composé :

Président : M. le docteur Beurnier, officier de la Légion d'honneur, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Vice-président : M. le docteur Lucien Graux, directeur de la *Gazette Médicale de Paris.*

Commissaire général : M. René Letourneur.

Secrétaire général pour la France : M. Plisson, secrétaire de la classe d'hygiène à l'Exposition franco-britannique de 1908.

Secrétaire général pour la Tunisie : M. Paul Lambert, publiciste, membre de la Conférence consultative.

Le commissariat général est à Paris, 9, rue Casimir-Périer.

Pour tout ce qui concerne les exposants, s'adresser à M. Plisson, 68, rue Jean-Jacques-Rousseau, Paris.

**Le Congrès des Praticiens.**

La réunion du troisième Congrès des Praticiens est fixée définitivement au jeudi matin 7 avril.

**Honorariat des hôpitaux.**

Sont nommés médecins honoraires des hôpitaux : MM. les docteurs Huchard, médecin de l'hôpital Necker; Troisier, médecin de l'hôpital Beaujon; Labadie-Lagrave, médecin de l'hôpital de la Charité; Danlos, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Alexandre Renault, médecin de l'hôpital Cochin-annexe.

M. le docteur J. Voisin, médecin du service des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin honoraire du service des aliénés des hospices de Paris.

**Le IIIe Congrès International de Physiothérapie.**

*Section de Climatothérapie. — Rapports.*

1° *Mer et Montagne. — Climatophysiologie comparée.* — Rapporteurs : Dr Huggard (Londres), Dr Sardou (Nice).

2° *Les Cures forestières.* — Rapporteurs : Dr Mol (Scheveningue), Dr Lalesque (Arcachon).

3° *Climatothérapie dans les affections du cœur et de l'appareil circulatoire.* — Rapporteurs : Pr Gibson (Edimbourg), Dr Laubry (Paris).

**Nos Annonces.**

Nous engageons nos lecteurs à lire attentivement nos pages d'annonces, la publicité en étant sélectionnée, et à demander aux fabricants les produits qu'ils désireraient expérimenter (découper les annonces et joindre à la demande).

**La température des étoiles.**

D'après une communication de M. Nordmann à l'Académie des Sciences, la température des étoiles serait la suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Rô de Persée | 2,860 | degrés. |
| Zéta de Persée | 4,500 | — |
| Le Soleil | 5,520 | — |
| L'Etoile polaire | 8,200 | — |
| Delta de Persée | 18,520 | — |

On a quelque peine à se figurer ici-bas, ce que peut-être une semblable température, la chaleur de l'arc électrique : 3,000 degrés étant la plus forte que nous puissions réaliser pratiquement.

**Faculté de Médecine de Paris.**

Par dérogation aux articles 2 et 12 de l'arrêté du 15 mars 1907, les concours pour l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris s'ouvriront, en 1910, dans la première semaine du mois d'avril.

Prix à décerner en 1910. — Les prix Corvisart et Saintour que la Faculté de Médecine doit décerner en 1910 sont ainsi arrêtés :

*Prix Corvisart* : Epanchements pleuraux.

*Prix Saintour.* — Recherches du treponema dans ses diverses localisations.

**Société de Chirurgie.**

Prix à décerner en 1910. — *Prix Marjolin Duval* (300 francs). Prix annuel à l'auteur (anc. int. des hôp. ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1910.

*Prix Dubreuil* (400 francs). Prix annuel destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie — Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er nov. 1910.

*Prix Laborie* (1.200 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. — Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

## MARCHE CLINIQUE A SUIVRE

pour arriver au Diagnostic précis d'une

# Affection réno-urétérale

Par le Docteur F. CATHELIN
Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine

Nous supposerons dans cet article le cas d'un malade venant consulter pour une affection des reins. Comment donc le chirurgien devra-t-il orienter ses questions pour arriver au diagnostic, d'autant plus difficile en général que les organes sont plus cachés ou plus profondément situés, comme c'est le cas pour les reins ?

Quelle marche devra-t-il suivre pour faire rendre à chaque symptôme le maximum de renseignements utiles ?

Quelles sont enfin les différentes explorations nécessaires qui devront être employées pour s'approcher le plus possible de la vérité ?

Nous espérons donner ici le fil d'Ariane indispensable pour s'y reconnaître au milieu de tant de difficultés, et arriver ainsi à simplifier des méthodes qui de prime abord peuvent paraître compliquées.

***

### I. — *Examen clinique fonctionnel.*

*a*). — Le premier signe qui joue pour le malade le rôle prépondérant, c'est *la douleur* qui peut être spontanée ou provoquée par des mouvements ou par des pressions dans l'angle costovertébral, et en particulier au sommet de cet angle. Elle existe rarement en avant mais par contre irradie soit dans la direction de l'uretère obliquement en bas et en dedans, soit le long des nerfs abdominaux génitaux en contournant le corps.

D'autre fois, elle a sa répercussion jusqu'au col vésical ou dans le cordon spermatique, comme dans le cas de calcul ce qui s'explique par la présence du filet génital de l'abdomino-génital.

Cette douleur peut même siéger *par sympathie* (réflexe réno-rénal de Guyon) dans l'autre rein et apporter ainsi un élément troublant d'appréciation.

Il est fréquent qu'un malade porteur d'un calcul du rein droit souffre dans le rein gauche. De même cela s'observe dans les congestions rénales.

Cette douleur peut être légère, sourde, profonde ou survenir par crises paroxystiques déterminant le syndrome de la colique rénale (hydronéphrose) ou de la colique néphrétique (migration d'un calcul), nulle, le plus souvent, dans les néphrites, dans les cancers et dans quelques formes communes de tuberculose rénale, elle existe surtout dans certains cas de rein mobile, dans l'hydronéphrose et dans la calculose, où elle est exagérée par la marche, la voiture, les exercices violents et les mouvements en général.

*b*). — Puis viennent les *troubles macroscopiques* des urines qui peuvent être, suivant les cas, *pyurique*, *hématurique* ou *chargés de pierres*, ces trois symptômes pouvant se montrer seuls ou associés avec toutes les variantes pouvant se résumer grossièrement ainsi :

Tuberculose rénale = Pus et sang rosé spontané.

Cancérose rénale = Sang noir avec urine interhématurique claire.

Calculose rénale = Pus et sang rosé provoqué.

Hydronéphrose = Pus avec décharges sans saignement.

Je laisse bien entendu de côté les troubles non purulents, comme on l'observe dans la phosphaturie, dont l'aspect boueux des urines disparait par un excès d'acide phosphorique et encore les cas de phosphaturie rouge qui peuvent en imposer pour du sang.

Le pus rénal est un pus dense et grisâtre dans les pyélites et les pyélonéphrites bacillaires ou calculeuses ; c'est un peu plus dense et verdâtre dans les pyonephroses de même nature.

Le sang est de coloration discrète, rosé, peu intense en général dans le calcul et la tuberculose ; au contraire c'est un sang noir, *comme de l'encre* me disait ma dernière malade opérée dans les cas de cancer. De même, la présence de caillots allongés, moulés sur l'uretère est, on le conçoit, un bon signe.

L'expulsion de graviers est également importante. Ce sont tantôt de petites pierres rondes et rouges caractéristiques de la lithiase médicale, tantôt des pierres grisâtres, phosphatiques, d'autres fois enfin, l'absence de graviers est une preuve qu'il s'agit d'une grosse pierre, relevant d'une intervention sanglante.

### II. — *Examen clinique physique.*

Cet examen qui doit venir se surajouter immédiatement à l'étude des signes fonctionnels, est surtout basé sur le *palper du rein* (1) et sur la présence ou d'un rein mobile, ou d'un rein distendu, sous-costal, ou d'un rein cancéreux, souvent dur, irrégulier et mobile.

Cette étude de la tumeur des hypochondres est quelquefois d'interprétation difficile à cause du foie à droite et de la rate à gauche. C'est là où triomphent nos méthodes modernes d'exploration.

On peut ainsi juger de la situation exacte du rein hypertrophié thoracique ou souscostal, de sa mobilité, de son aspect lisse ou lobulé, de sa dureté ou de sa mollesse (fluctuation des hydronéphroses), de son irrégularité (certaines formes de cancer).

Signalons encore parmi la contribution qu'apporte l'étude du palper, la notion des *points douloureux urétéraux* qui sont au nombre de 3 : le point douloureux supérieur *parombilical*, répondant au bassinet ; le point douloureux moyen, *iliaque*, répondant au point de croisement de l'uretère et des gros vaisseaux iliaques externes ; enfin, le point douloureux inférieur ou vésical répondant à la portion interstitielle intra-vésicale de l'uretère perçu par le vagin chez la femme et par le rectum chez l'homme.

### III. — *Examen des urines au laboratoire.*

Cet examen qui vient par ordre après les deux précédents est triple et comporte à la fois l'étude chimique, histologique et bactériologique.

(*a*) L'*étude chimique* a surtout pour but de rechercher les taux des matières élaborées, surtout de l'*urée* (1) et des chlorures, dont l'étude est si importante dans l'appréciation du fonctionnement rénal comparé et les taux des substances anormales, comme le sucre et l'albumine, mais celle-ci n'a de valeur que si le taux est élevé et si les urines sont claires. Dans le cas contraire il s'agit d'une albuminurie secondaire, pyoïde et leucocytaire, sans valeur au point de vue de l'intégrité du parenchyme rénal et de l'appareil noble glomérulo-canaliculaire.

On recherchera encore avec fruit la densité et la réaction.

(*b*) L'*étude histologique* démontrera la présence du *pus* et surtout des *cylindres rénaux* dont l'existence montre un trouble grave dans le fonctionnement du filtre rénal.

La présence des cellules épithéliales, des cristaux, des parasites peut aussi avoir son importance.

(*c*) L'*étude bactériologique* n'a qu'une valeur relative, car le bacille qu'on aurait le plus d'intérêt à trouver, *le bacille de Koch*, fait ordinairement défaut.

On trouvera encore souvent sur les frottis, les coccis, les colibacilles et les microbes ordinaires d'infection secondaire, tous ces renseignements étant de nature à solidement etayer le diagnostic.

### IV. — *Examen expérimental de l'inoculation au cobaye.*

Cette épreuve est indispensable pour le diagnostic de la tuberculose urinaire, surtout dans les cas douteux, et à tout service d'urinaire doit être annexé un service d'inoculation au cobaye. C'est, en effet, le meilleur réactif de la tuberculose expérimentale, et la seule épreuve qui ne trompe pas. Il m'est arrivé souvent de répéter ces inoculations avec l'urine de malades qui, cliniquement avaient tout du tuberculeux rénal, et qui, toujours cependant restaient négatives. Or, à l'opération, quatre fois chez quatre malades jeunes et d'aspect malingre, je trouvai une hydronéphrose qui n'avait rien de tuberculeux.

Cette inoculation se fait soit sous la peau du ventre ou de l'aine, soit mieux sous le péritoine, et on y injecte le culot centrifugé de l'urine malade. Il va sans dire que dans les urines peu virulentes, la quantité d'urine à injecter devra être plus considérable, si l'on veut obtenir un résultat.

De même, l'urine à injecter avec la seringue Pravaz ou la seringue de Roux devra être recueillie purement.

### V. — *Examens radiographique et radioscopique*

Mais ce n'est pas tout. En dehors de toutes ces explications, et si l'on pense à la possibilité d'un calcul rénal, il faut recourir encore à l'épreuve radiographique, qui est le seul moyen probant et simple permettant d'affirmer à coup sûr un calcul phosphatique ou oxalique du rein. Les uriques

(1) Voyez F. Cathelin. Conférences cliniques de chirurgie urinaire, volume de 263 pages avec 94 figures, chez Paulin, libraire, 21, rue Hautefeuille, Paris.

(1) V. F. Cathelin. — *La Conception de l'urée en hirurgie rénale.* Médecin-Praticien, décembre 1909.

mêmes, *enrobés*, donnent une tache, et l'étude de ces taches sur la plaque radiographique constitue toute une science qui bien interprétée, ne trompe pas, surtout maintenant ou les erreurs d'interprétation, que j'ai fait connaître en France le premier en 1905, en particulier pour l'étude de la calculose urétérale pelvienne sont aujourd'hui très connues et peuvent être éliminées.

Par contre, cette épreuve est particulièrement délicate, tant à cause de la profondeur des organes que de l'emhonpoint de certains malades, et aussi des conditions défectueuses de technique où certains expérimentateurs se placent. Les études de Torfroit (à Paris), et de Arcelin (à Lyon) sont certainement les meilleurs qui aient été faites dans cette partie.

L'étude radioscopique est très inférieure dans la calculose réno-urétérale à la radiographie qui a toute la valeur d'un document tangible.

VI. — *Examen cystoscopique et méatoscopique*

Cet examen absolument nécessaire avant toute opération rénale permet d'une part d'éliminer toute lésion vésicale, hémorragique ou autres, et d'autre part de suspecter le rein malade d'après l'étude du *méaturétéral*, dont les altérations de forme, de siège, d'aspect et de coloration renseignent assez bien sur l'intégrité ou la déficience du rein correspondant.

Par le mécanisme de l'injection avec élimination colorée (bleu de méthylène ou carmin d'indigo), il est possible d'étudier le passage du colorant plus marqué dans l'un ou l'autre rein, et de renseigner ainsi, dans les cas d'infection spécifique, sur le côté qui doit être cathétérisé à l'exclusion de l'autre.

La sortie urétérale de pus ou de sang a encore une valeur primordiale sur le diagnostic de l'unilatéralité. Enfin, pour les partisans, obstinés souvent, du cathétérisme urétéral, l'examen cystoscopique n'est que le premier temps, préliminaire, de tout examen de sondage des uretères. On conçoit donc tout l'intérêt qui s'attache à cette étude sur laquelle n'existe, malheureusement en France, aucune monographie.

VII. — *Examen de la division des urines*

Nous arrivons ici au véritable nœud de la question rénale, car *on ne peut et on ne doit pas tenter une opération quelconque sur cette organe sans avoir préalablement fait l'épreuve de cette division des urines.* C'est grâce à elle qu'on s'assurera d'abord de la présence des deux reins — et j'ai relevé autrefois (1) une statistique précise de 325 cas de reins uniques authentiques, — et surtout de la valeur intrinsèque des deux glandes rénales et enfin de leur valeur comparative.

Les éléments d'appréciation qu'on recueille, comme je l'ai exposé longuement dans mon dernier livre des « Méthodes modernes » sont d'une exactitude rigoureuse et permettent de porter un diagnostic précis sur la nature de la maladie et d'après le quotient sécrétoire (1) sur la valeur anatomopathologique du rein malade.

Sans aller, comme Fenw jusqu'à faire au tableau devant les élèves, le schéma du rein qu'on va enlever, il est possible toutefois dans une certaine mesure de décrire les principales lésions qu'on trouvera rien que par l'examen des urines obtenues par division endovésicale le plus souvent. C'est là, en particulier dans le cas de tuberculose la méthode de choix, car elle permet d'évoluer dans de petites vessies ayant transitoirement perdu leur capacité.

Les urines recueillies par cette méthode sont ensuite examinées au triple point de vue chimique, histologique et bactériologique.

En résumé, comme je l'ai écrit ailleurs, le problème de la division des urines consiste surtout non pas à déceler le rein malade, que cliniquement on arrive assez bien à reconnaître, mais à apprécier sainement la valeur du rein qui restera seul après l'opération à assurer la dépuration urinaire totale.

***

Cette étude récapitulative, montrant toute la série des explorations nécessaires à faire avant de tenter une opération quelconque sur les reins, montre, en même temps la grande différence qui existe entre cette chirurgie et celle du fibrome ou de l'appendice qui est évidemment plus expéditive plus facile et moins pénible.

Le malade peut, en effet, être opéré sans danger le lendemain du jour où il consulte.

En chirurgie urinaire au contraire, et bien que dans la pratique on se trouve souvent en présence de grandes et graves déterminations, le malade doit-être étudié et si je puis ainsi m'exprimer, longuement « épuré » pendant des semaines ou des mois.

On est tous les jours obligé de recourir avant toute intervention rénale aux *sept explorations* successives étudiées dans cet article et même il peut arriver dans certaines affections cachées, — dont les principales et les moins connues sont évidemment les lésions de la papille rénale, — que le diagnostic, malgré toutes ces épreuves reste encore en suspend, dépistant le flair clinique le plus affiné et la compétence la plus reconnue.

Par contre, cette multiplicité d'épreuves qui nécessité évidemment un centre tout particulier où le malade peut rapidement être soumis aux principales explorations, forme un faisceau solide d'arguments contre lesquels rien ne peut prévaloir ; elle constitue à la fois le charme et l'attrait de cette branche de la chirurgie que nos maîtres d'il y a trente ans ne pouvaient même pressentir, tellement grands ont été les progrès depuis cette époque récente, elle permet d'opérer presque à coup sûr, en prévoyant dans de larges limites la résistance cellulaire des tissus et l'on comprend que dans une certaine mesure, en apportant avec elle cet élément puissant de précision elle diminue d'autant notre part de responsabilité.

(1) Dr F. CATHELIN. — *Les méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire*, gros volume de XII-400 pages et 100 figures, 1909, chez Paulin, libraire 21, rue Hautefeuille.

(1) Le même, — *Comment il faut comprendre le problème de la division des urines et comment peut-on le résoudre ?* Presse médicale d'Egypte, décembre 1909.

COMMUNICATION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

## Le Traitement des Entérites

par le Dr THIBONNEAU (de Cannes)

L'entérite muco-membraneuse, affection chronique par excellence, est aussi une affection nouvelle, au moins pour les médecins.

C'est, en effet, au cours de ces dernières années que ceux-ci ont sérieusement commencé à s'en préoccuper. Evidemment, on n'ignorait point autrefois que des excrétions muqueuses, glaireuses ou pseudo-membraneuses accompagnent parfois le produit des selles. Mais, comme le rappelle fort justement M. le Dr Fernand Trémolières dans son excellente étude critique expérimentale et clinique sur l'entéro-colite muco-membraneuse, on ignorait la nature exacte de ces excrétions que l'on prenait souvent pour des produits diphtériques ou encore pour des parasites intestinaux.

Grâce aux nombreux travaux publiés sur la matière, depuis quelques années, ces idées fausses ont pu être définitivement écartées. Aujourd'hui, l'on possède sur cette entité morbide des notions précises et l'on en connaît exactement la symptomatologie.

Encore que la colite muco-membraneuse puisse affecter des formes très diverses, elle comporte cependant certains symptômes que l'on retrouve toujours. Ceux-ci sont au nombre de trois, et forment une triade si caractéristique que M. le Dr A. Mathieu a pu justement écrire : « La colite muco-membraneuse proprement dite est caractérisée par la persistance prolongée des trois éléments suivants : *a)* la constipation habituelle ; *b)* l'expulsion de muco-membranes en quantité, d'une façon permanente ; *c)* la survenue de crises douloureuses quotidiennes ou tout au moins fréquentes.

A côté de ces symptômes cardinaux, des signes nombreux et variés viennent encore se grouper. Les malades atteints de colite muco-membraneuse ont une langue étalée, pâteuse, d'un blanc jaunâtre dans sa partie centrale ; leur muqueuse buccale est rouge, leur haleine est fétide, leur appétit, souvent conservé ou capricieux, est parfois diminué. A la suite des repas, ils éprouvent fréquemment une sensation de gonflement, de pesanteur ; ils éructent des gaz en abondance par la bouche et par l'anus et souvent ils sont, au réveil, dans un état nauséeux, encore qu'ils vomissent rarement. Après le repas, ils ont souvent des accès de palpitations, des crises d'angine de poitrine avec de la tachycardie et de l'arythmie. A l'occasion, ils sont sujets à des crises de dyspnée analogues à l'asthme. D'autres fois, la période de la digestion est troublée par des tremblements ou des vertiges. Certains malades deviennent irritables ou mélancoliques, ont de l'amnésie et de l'aphasie passagères, de l'insomnie, des cauchemars ; d'autres sont pris de somnolences invincibles ou encore éprouvent des troubles sensitifs : migraines, céphalées, arthralgies, douleurs lombaires, névralgies diverses, etc. Enfin, quelques-uns se plaignent de bourdonnements d'oreilles, de mouches volantes.

En définitive, les observations montrent que la majeure partie des malades souffrant

d'entéro-colite sont des névropathes, ce qui explique comment nombre d'entre eux sont aisément conduits à une neurasthénie confirmée.

En de telles conditions, on conçoit sans peine que, lorsque la maladie est grave ou dure depuis un temps notable, l'état général ne tarde pas à s'altérer. On voit alors le malade, qui mange peu et assimile mal, maigrir rapidement, en même temps que sa peau devient flasque, que son teint jaunit et que son faciès, comme le dit fort heureusement M. de Langenhagen, prend une expression intermédiaire entre celle des sujets atteints de péritonite et d'affections utérines.

Les causes qui amènent le développement de la colite muco-membraneuse semblent être multiples. Souvent son apparition peut se rattacher à une auto-intoxication, à une infection généralisée ou même localisée à l'intestin, et parfois, elle semble déterminée par un choc nerveux, une forte émotion, de grands soucis. Les traumatismes paraissent, en certains cas, favoriser l'éclosion de la maladie ; de même,
voriser l'éclosion de la maladie ; de même,
les irritations mécaniques de l'intestin peuvent amener l'expulsion de glaires et de muco-membranes. Les docteurs A. Mathieu et J.-Ch. Roux estiment que l'abus des lavages intestinaux peut, sinon causer, du moins entretenir la colite muco-membraneuse et le Dr Combes (de Lausanne) déclare que « les lavages huileux et glycérineux, les lavages à l'eau très chaude et même, pour certains intestins particulièrement susceptibles, l'usage trop prolongé de la soude, suffisent à produire l'entéro-colite muco-membraneuse ».

D'après M. A. Mathieu, la constipation joue, dans l'étiologie de l'affection, un rôle capital. Les irritations chimiques, telles celles causées par les purgatifs drastiques, par certains produits médicamenteux, par certains poisons microbiens, etc., favorisent encore la production des muco-membranes.

En somme, comme le note fort justement dans son ouvrage M. le Dr Trémolières, « les sujets affligés d'entéro-colite, persistante rentrent le plus souvent dans la catégorie des neuro-arthritiques ».

Aussi, est-il assez logique d'admettre avec M. de Langenhagen que si la colite muco-membraneuse est aujourd'hui si fréquente — surtout chez les femmes dont le système nerveux est si souvent déficient — la raison en est dans les conditions de la vie moderne, conditions qui ont, pour effet, de surcharger de plus en plus l'hérédité nerveuse et arthritique d'un grand nombre de sujets.

Quoi qu'il en soit des circonstances étiologiques de la maladie, il est certain, comme le déclare M. A. Mathieu, « que la constipation est le maître symptôme de la colite muco-membraneuse et que le spasme colique est la cause de la constipation ».

Dans ces conditions, une conclusion s'impose, c'est que pour lutter efficacement contre l'entérite, il importe surtout et avant tout de lutter contre la constipation. Mais, comment le faire ?

En ces derniers temps, à diverses reprises, plusieurs médecins des plus autorisés ont établi, avec force raisons décisives, les dangers de la purgation dont il est fait si communément tant d'abus.

Rien n'est plus justifié que ces critiques. Les purgatifs sont souvent des agents brutaux qui ne répondent que très incomplètement aux nécessités physiologiques du moment. Aussi est-ce fort à bon droit que le professeur Arnozan a pu écrire : « Tout agent purgatif détermine artificiellement une entérite, c'est-à-dire une inflammation superficielle de la muqueuse avec exsudation de liquide, comme à la surface de toute membrane enflammée. »

En somme, dans le cas des sujets atteints d'entérite muco-membraneuse, il y a non seulement un état notable d'atonie du tube intestinal, mais encore le plus souvent une insuffisance marquée des sécrétions hépatique et entéritique, toutes circonstances qui favorisent au plus haut degré la production de la constipation. En ces conditions, la voie que doit suivre la thérapeutique pour lutter contre le symptôme constipation est tout indiquée. Elle est, tout naturellement, d'une part, de réveiller le péristaltisme intestinal, et, d'autre part, de suppléer au déficit des sécrétions hépatique et entéritique.

L'entreprise n'est pas irréalisable.

On sait, de par des recherches expérimentales du Dr Nepper, que la diminution de la sécrétion biliaire a pour effet de troubler le péristaltisme intestinal et, par conséquent, d'allonger la durée de la traversée digestive, autrement dit d'*instituer la constipation.*

On sait encore, en particulier, grâce aux belles recherches de MM. Emiquez et Hallion, que l'absence de *sécrétine*, qui est produit par le duodénum, et que celle d'*entérokinase*, ferment soluble sécrété par le duodénum et le jejunum, en entravant la digestion des albuminoïdes, favorise également la production de la constipation.

Il s'en suit que, pour rétablir la fonction, l'indication logique est d'une part de restituer à l'organisme les produits de sécrétion qui font défaut et, d'autre part, en vue de réveiller le péristaltisme de l'intestin, de donner au bol fécal réduit et dur un volume et une consistance convenable en l'hydratant, et cela sans cependant prévoquer aucune irritation glandulaire ou mécanique.

Ce programme, le Jubol, qui est à base d'agar-agar, d'extraits biliaires et d'extraits complets de toutes les glandes intestinales, le remplit de la façon la plus parfaite.

En raison de ses remarquables propriétés mucilagineuses, l'agar-agar, une fois arrivé dans le tube digestif, s'hydrate fortement, absorbant jusqu'à seize fois son poids d'eau. Sous son action, comme le notait récemment M. Bardet dans une importante étude sur la direction logique du traitement de la constipation, le bol fécal se divise peu à peu, si bien qu'une fois arrivé dans le rectum il se trouve suffisamment mou et volumineux pour provoquer une exonération normale.

Mais, dans le Jubol, l'agar-agar n'est pas seul à produire une action utile. A l'effet de pure présence de l'agar-agar, vient se joindre celui des extraits hépatiques et intestinaux qu'il réunit dans sa composition, et, de ce fait, l'action produite est incomparablement plus efficace.

Aussi bien, du reste, l'expérience est là qui vérifie de la façon la plus complète les prévisions de la théorie. Grâce à l'usage régulier du Jubol, les entérites chroniques les plus caractérisées et les plus rebelles ne tardent pas, d'abord à s'améliorer, puis à guérir de façon complète. Au bout de quelques semaines, les symptômes s'amendent et peu à peu l'intestin parésié retrouve sa tonicité et son fonctionnement normal. Nous avons obtenu de nombreux cas de guérison complète.

En général, la cure complète par le Jubol, véritable cure de rééducation de l'intestin, dure six mois. Elle est, le plus souvent, définitive et dans les rares cas où il se produit une rechute, la reprise du traitement (qui peut, du reste, être poursuivi un temps indéfini sans le moindre inconvénient), en a raison rapidement. C'est là un traitement très rationnel et très efficace, appelé à devenir le médicament type de l'entérite chronique.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Action de la morphine sur les leucocytes**, par MM. Achard, H. Bénard et Gagneux (*Soc. méd. des Hôp.*).

La morphine injectée sous la peau abaisse la résistance et l'activité des globules blancs ; mais cette chute n'est que passagère. Elle est surtout nette pour l'activité. *In vitro* l'on voit aussi, dans les solutions salines renfermant de la morphine à des taux très faibles, diminuer la résistance et l'activité des leucocytes. Ceux de ces éléments qui avaient préalablement incorporé des levures ou s'étaient chargés de vacuoles colorables par le rouge neutre les expulsent sous l'influence de l'alcaloïde.

Chez un sujet accoutumé à la morphine, les leucocytes sont moins sensibles à ce poison, *in vivo* comme *in vitro*. Il est possible de mesurer cette sensibilité *in vitro* en plaçant les leucocytes dans une série de tubes renfermant des solutions de morphine à des taux décroissants. Le taux qui permet le maintien d'un minimum d'activité donne la mesure de la sensibilité des globules blancs à la morphine. L'activité peut, d'ailleurs, s'évaluer aussi bien par les levures incorporées que par les vacuoles colorables par le rouge neutre. La première technique est peut-être plus précise, la seconde est plus simple.

Chez les jeunes enfants, qui supportent moins bien la morphine que les adultes, les leucocytes sont aussi plus sensibles à l'alcaloïde.

La tolérance leucocytaire s'efface quelque temps après la suppression du poison. Chez un asthmatique, dont les leucocytes restaient peu sensibles quinze jours après la suppression des piqûres, la sensibilité était redevenue normale au bout d'un mois.

L'héroïne produit sur les globules blancs des effets comparables à ceux de la morphine. Mais elle leur laisse une sensibilité normale pour la morphine, et réciproquement. La réaction est donc spécifique, malgré la parenté chimique des deux alcaloïdes.

En somme cette réaction de leuco-diagnostic permet de reconnaître le morphinisme, de surveiller la démorphinisation et de distinguer l'héroïnisme du morphinisme.

**Action antitoxique de la bile sur les toxines microbiennes de l'intestin**, par M. H. Vincent (*Soc. de Biologie*).

Mise en présence de macérations filtrées de matières fécales putrides ou de cultures complexes, également filtrées, de matières fécales dans le bouillon, la bile diminue sensiblement leur toxicité. Un centimètre cube de bile neutra-

lise, en moyenne, trois doses mortelles pour le lapin.

L'action neutralisante n'est pas immédiate. C'est seulement après une ou deux heures, à la température ordinaire, ou après trente minutes, à température de 50 degrés, que le mélange a perdu sa toxicité. Ces résultats sont donc très analogues à ceux qu'il a signalés à propos de la toxine tétanique.

Chacun des principaux éléments constitutifs de la bile participe aux propriétés antitoxiques de celle-ci. Le mélange de cholestérine et de savons biliaires est particulièrement actif.

La bile joue donc un rôle antitoxique vis-à-vis des produits solubles sécrétés par l'intestin. Cependant c'est aux sécrétions physiologiques du pancréas et de l'intestin (suc pancréatique activé par l'entérokinase) que revient la plus grande part dans cette destruction de poisons et toxalbumines qui prennent naissance dans l'intestin sous l'influence des bactéries qui y foisonnent.

## REVUE CLINIQUE

**La diphtérie aviaire est transmissible chez l'homme**, par le Dr Thomas, du Raincy (*Soc. de méd. de Paris*).

Le lundi 16 juillet 1909, je suis appelé chez Mme F..., pour un panaris du pouce.

Au premier examen, je reconnais ne pas avoir affaire à un panaris, mais à une affection étrange, à laquelle je ne sais tout d'abord donner un nom.

Le pouce gauche est large, violacé, l'épiderme de la face palmaire est soulevé par un liquide sanieux ; la matrice de l'ongle est tuméfiée et à la pression laisse écouler un liquide mi-purulent, mi-sanieux ; l'épiderme qui lui fait suite est macéré et soulevé à la partie dorsale et sur les côtés par un liquide de même nature. L'ongle est blanchâtre, ramolli et détaché dans une grande partie de sa surface. Je l'incise au milieu et j'en enlève un triangle qui permet la sortie d'un peu de pus concret. A l'endroit dénudé je remarque une surface lardacée, couenneuse qui attire tout particulièrement mon attention, mais dont je ne reconnais pas encore la nature précise.

Mme F..., m'explique qu'elle ne souffre que depuis deux jours et que c'est l'aspect tout à fait spécial de son doigt qui l'inquiète.

Elle avait eu jusque-là, malgré un état général mauvais (fièvre, courbature, abattement, frissons), à une simple tourniole coïncidant avec un début de grippe, et ne s'en était pas préoccupée.

Je porte le diagnostic d'onyxis sans cause connue et je prescris : bains phéniqués et gaze salolée.

Le lendemain 27 juillet, je trouve le doigt dans le même état, et je remarque des traînées de lymphangite sur l'avant-bras, je lave les plaies, les déterge de mon mieux et, pour me donner du jour et reconnaître l'origine exacte du pus que je vois sourdre de dessous l'ongle, j'en pratique l'ablation complète. Toute la surface sous-unguéale est recouverte d'une couenne blanchâtre, épaisse et adhérente. Cette couenne présente tout à fait l'aspect des fausses membranes diphtériques. Je fais part de mon impression à la malade. Elle n'a pas eu de contact avec des diphtériques et je n'en connais, pour ma part, aucun cas dans le voisinage ou même dans le pays. Elle n'a pas quitté son intérieur depuis plusieurs semaines.

Après un interrogatoire minutieux et très serré, elle finit par me raconter que son poulailler est infecté et que trois de ses poules sont atteintes d'une maladie caractérisée au début par une peau dure à la langue ; à cette première lésion d'autres ont fait suite ayant leur siège aux paupières et aux commissures du bec, là existent des tumeurs qui donnent du pus en tout semblable, dit-elle, à celui qu'elle voit à son doigt.

Depuis près de deux mois elle travaille à guérir ses animaux, sans succès. C'est elle qui leur donne des soins et le 24, l'une de ces poules, en se débattant, la frappa d'un coup d'aile sur le doigt malade ; ce choc fut douloureux en raison d'une petite plaie qu'elle avait à ce doigt. Ces animaux ont l'habitude de dormir la tête sous l'aile et s'essuient ainsi les yeux purulents à leurs plumes.

Cette conversation me parut concluante et, malgré l'opinion généralement admise que la diphtérie aviaire n'est pas transmissible à l'homme, je portai le diagnostic ferme de *diphtérie du pouce par contact avec les poules atteintes de diphtérie*.

J'hésitai d'autant moins à porter ce diagnostic que j'avais encore présent à la mémoire un cas analogue chez une fillette de quelques années qui prit la diphtérie de ses poules et en mourut. Cela se passait en 1884, le sérum de Roux n'était pas encore connu.

Je lave la plaie soigneusement à l'eau phéniquée et je fais un badigeonnage matin et soir à la teinture d'iode.

Le 28, je constate une grande amélioration, plus de lymphangite, le pouce est moins tuméfié, la couenne est moins épaisse et limitée à la région sous-unguéale.

Je prends par raclage quelques débris de cette couenne que j'envoie au laboratoire de l'hôpital Cochin où M. Vaucher, chef du laboratoire de M. Widal, voudra bien les examiner. Je pense aussi à prendre du pus sur les poules incriminées mais il est trop tard, elles ont déjà été tuées et brûlées.

Quelques jours plus tard je recevais de M. Vaucher la note suivante : « *Dans la fausse membrane examinée par frottis, j'ai trouvé des bâtonnets prenant le Gram, groupés en amas et qui semblent être des bacilles de Lœffler* ».

Le traitement antiseptique local a été continué et la malade a très bien guéri de sa lésion diphtérique. L'ongle repousse lentement, mais il repousse.

Cette observation m'a paru très intéressante et j'ai cru d'autant plus utile de la publier que la contagion de la diphtérie aviaire pour l'homme est niée par tous les auteurs que j'ai consultés :

Roux, in *Pathologie générale* de Bouchard, t. II, page 53 ;

Dieulafoy, in *Pathologie*, 15e édition, t. II, page 126 ; confirmant l'opinion de Saint-Yves-Ménard ;

Grénet, in *Pratique médico-chirurgicale*, t. II, page 523 ;

Weill, in *Précis de Médecine infantile*, 1905, page 105 ; se prononcent dans le même sens.

Peut-être semblerai-je bien osé de me poser en contradicteur devant des noms aussi autorisés ? Mon observation cependant semble bien leur donner tort et, en ce qui me concerne, malgré leur grande autorité, je me propose de mettre plus que jamais ma clientèle en garde contre la diphtérie des poules, voire même la *pépie* qui est si souvent confondue avec elle.

Peut-être même est-ce cette facile confusion qui a fait croire à son innocuité pour l'homme.

**Le rythme de la glycosurie dans le diabète sucré** (*Soc. méd. des hôpit.*).

MM. A. Gilbert et P. Lereboullet exposent les résultats des recherches qu'ils poursuivent depuis dix ans sur le rythme de la glycosurie diabétique au cours du nycthémère. L'examen fractionné des urines, tel qu'ils l'ont méthodiquement pratiqué, leur a permis d'apprécier exactement l'influence alimentaire et de reconnaître ainsi plusieurs aspects de diabète, justiciable d'un pronostic et d'un traitement différents.

Leur méthode consiste à examiner l'urine d'un diabétique de midi à midi en ne faisant prendre au malade que deux repas à midi et à huit heures du soir et en recueillant l'urine toutes les quatre heures ; ainsi il y a de huit heures du soir à midi le lendemain une longue période dans laquelle on peut d'abord saisir l'influence alimentaire puis, à mesure qu'on s'éloigne du repas, l'influence du jeûne.

Après avoir rappelé l'existence et le degré de la glycosurie physiologique, MM. Gilbert et Lereboullet montrent que les faits de diabète peuvent être rangés en trois catégories, selon que la glycosurie est, au cours du nycthémère, *intermittente*, *subcontinue* ou *continue*.

Dans la première, la glycosurie *intermittente*, n'existe que dans les heures digestives, après l'un des deux repas, et le plus souvent alors après le repas du soir, ou après les deux à la fois, fréquemment plus abondantes après le repas du soir ; elle disparaît complètement en dehors des périodes digestives.

Lors de la glycosurie *subcontinue*, le sucre urinaire existe non plus seulement dans les quatre heures digestives, mais dans les heures subséquentes, manquant toutefois à la période la plus éloignée des repas.

Enfin, dans un troisième type, la glycosurie communément plus marquée, est *continue* et le sucre se retrouve en quantité dosable dans tous les échantillons. Dans une première variété, la prédominance digestive de l'émission du sucre reste accentuée, que le taux du sucre émis fléchisse brusquement au delà des quatre heures digestives, qu'il reste encore relativement élevé. Dans une seconde, le taux du sucre au litre s'élève loin des repas, mais l'abondance plus grande des urines digestives explique que pourtant la quantité du sucre émis reste plus élevée dans les urines post-prandiales. Enfin, dans une troisième variété, le sucre émis est lui-même plus abondant de quatre à huit heures après les repas ; souvent alors l'abondance plus grande des urines à ce moment du nycthémère (opsiurie) semble expliquer le phénomène. L'influence des repas, même dans ces faits, n'en est pas moins réelle, puisque l'échantillon le plus éloigné du repas reste ordinairement le plus pauvre en sucre, et puisque pour ne pas être immédiatement consécutive aux repas, l'élévation maximum du taux du sucre émis s'y rattache néanmoins.

L'opposition manifeste des faits extrêmes (glycosurie intermittente et digestive, glycosurie continue à maxima éloignés des repas) qui se superpose à une opposition semblable du taux de la glycémie dans les deux cas, ne doit toutefois pas justifier une division trop tranchée entre les divers faits. MM. Gilbert et Lereboullet apportent en effet une série d'exemples établissant tous les intermédiaires de la glycosurie physiologique au diabète le plus marqué. Ils citent de plus des faits démonstratifs de passage d'un type dans un autre. A côté des cas, très nombreux dans lesquels le rythme de la glycosurie, au cours du nycthémère reste toujours à peu près identique, il en est d'autres qui s'aggravent et passent du type intermittent au type subcontinu et au type continu. Il est inversement des diabétiques qui guérissent, et ce sont ces malades chez lesquels on peut observer de beaux exemples de transition du type continu aux types subcontinu et intermittent et même de retour à la glycosurie physiologique. Ils montrent bien qu'il n'y a pas de barrières entre les divers types du diabète. Mais ils sont relativement rares et n'infirment nullement la réalité clinique des divisions établies plus haut.

L'examen fractionné des urines, qui permet souvent de reconnaître des diabètes légers, lesquels seraient tous très méconnus, peut donc en outre faire préciser l'influence constante de l'alimentation. Il montre comment cette influence se modifie selon les types du diabète. S'il établit que ces divers types sont vraisemblablement liés à des conditions pathogéniques communes, il permet toutefois d'apprécier dans quelle mesure un régime alimentaire approprié est susceptible d'agir sur la glycosurie et aide à fixer le pronostic et le traitement du diabète.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Le traitement de l'intoxication saturnine,** d'après M. le Prof. Robin.

Le traitement que M. le Prof. A. Robin applique dure trois jours principaux.

Le *premier jour* on institue le traitement indiqué précédemment ; on fait une injection de scopolamine, et on prescrit la poudre de saturation.

Le soir, vers 5 heures, on donne au malade un purgatif ; on emploie la formule suivante :

On fait infuser 20 grammes de follicules de séné lavés à l'alcool (1) dans 300 grammes d'eau ; on fait prendre cette quantité par 100 grammes à un quart d'heure d'intervalle.

Le *deuxième jour*, on consacre la matinée au nettoyage du malade. La barbe, les cheveux, la peau, la bouche, les dents, les gencives, etc., doivent être soigneusement débarrassés du plomb qui s'y trouve.

On lavera d'abord les cheveux au savon puis avec la décoction suivante :

2 grammes de bois de Panama, dans 100 grammes d'eau, dans laquelle on aura ajouté :

| | |
|---|---|
| Acide borique | 3 grammes |

On trempera dans cette décoction des tampons d'ouate hydrophile avec lesquels on frottera le cuir chevelu et la barbe, après avoir fait des raies dans les cheveux.

La peau sera nettoyée par un grand bain, avec des frictions au savon noir.

Pour la bouche, on emploie le mélange suivant, avec lequel on brossera soigneusement les dents :

| | |
|---|---|
| Savon | 18 grammes |
| Bicarbonate de chaux précipité | 85 — |
| Camphre | 2 — |

(Mélanger soigneusement.)

Le soir du deuxième jour, on donnera un lavement purgatif, composé de 500 grammes d'eau dans lequel on aura délayé 30 grammes d'électuaire diaphœnix (qui, entre autres produits, contient du turbith végétal et du jalap).

Le *troisième jour*, on donnera, le matin, un purgatif, dérivé de *l'eau de casse des Frères de la Charité*, dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Casse en gousses | 60 grammes |
| Follicules de séné lavés à l'alcool | 8 — |
| Eau bouillante | 300 — |

Laisser infuser un quart d'heure, décanter et ajouter :

| | |
|---|---|
| Sulfate de magnésie | 30 grammes |
| Sirop de nerprun | 30 — |
| Electuaire diaphœnix | 15 — |

L'intestin est alors libéré d'une façon définitive.

On aura laissé le premier jour le malade à la diète hydrique ; les deuxième et troisième jours, on pourra lui donner du lait.

Le traitement fondamental est alors fini ; mais des soins consécutifs sont encore nécessaires.

On mettra pendant huit jours le malade au régime lacté, et on lui fera prendre des bains sulfureux, suivant la formule :

| | |
|---|---|
| Monosulfure de sodium cristallisé | 30 grammes |
| Chlorure de sodium sec | 100 — |
| Carbonate de soude sec | 100 — |

(1) On lave les follicules de séné dans l'alcool, pour éviter les coliques causées par le séné.

Après ces huit jours, le malade fera, si possible, une cure d'hydrothérapie.

Ce traitement comporte une variante, si l'on se trouve avoir affaire à un malade dont la langue est très saburrale, la bouche fétide, et en proie à un état nauséeux pénible.

Les trois jours se résument alors ainsi :

*1er jour :* Injection de scopolamine et absorption de la poudre de saturation ;

*2e jour :* Le matin, donner le purgatif suivant :

| | |
|---|---|
| Sulfate de soude | 25 grammes |
| Tartre stibié | 0 gr. 10 |
| Eau | 250 grammes |

Diviser en trois parties, qu'on fera prendre à un quart d'heure d'intervalle. On produit ainsi des vomissements et de la diarrhée.

*3e jour :* On donnera le lavement suivant :

| | |
|---|---|
| Séné lavé à l'alcool | 20 grammes |
| Poudre de jalap | 4 — |
| Miel de mercuriale | 60 — |
| Eau | 500 — |

Après ces trois jours, on continuera comme précédemment, en laissant le malade au régime lacté et en lui faisant prendre des bains sulfureux.

C'est le premier traitement qu'on instituera chez notre malade, chez qui il faudra en outre combattre les différents autres accidents : dyspepsie, éthylisme, etc.

La suppression des boissons alcooliques et le traitement même de l'intoxication saturnine atténueront ces états ; et c'est encore par les mêmes moyens qu'on luttera efficacement contre l'état scléreux de ses artères. On lui conseillera, en outre, de surveiller son alimentation, de diminuer l'alimentation carnée, en ne lui permettant la viande qu'au repas du matin.

On lui ordonnera ensuite de l'iodure de potassium associé à de l'arsenic ; suivant la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude | 0 gr. 05 |
| Iodure de potassium | 5 grammes |
| Eau distillée | 300 — |

Une cuillerée à soupe, dix minutes avant chaque repas, pendant huit jours, se reposer huit jours et recommencer.

Comme le malade est, en outre, un emphysémateux, on ajoutera à cette formule 3 centigrammes de sulfate de strychnine :

| | |
|---|---|
| Sulfate de strychnine | 0 gr. 03 |
| Arséniate de soude | 0 gr. 05 |
| Iodure de potassium | 5 grammes |
| Eau distillée | 300 — |

La strychnine et ses dérivés sont, en effet, un des meilleurs médicaments à opposer à l'emphysème si difficile à traiter.

On a, en général, des améliorations en prescrivant à chaque repas :

| | |
|---|---|
| Teinture de noix vomique | VII à VIII gouttes |

Les huit jours de repos, où le malade ne prendra pas la solution d'iodure de potassium, de strychnine et d'arsenic, seront employés à combattre l'anémie.

On donnera une préparation ferrugineuse, et en particulier :

Sirop de protoiodure de fer.

Une cuillerée à soupe, dix minutes avant le repas de midi et du soir.

En même temps, on fera faire au malade une cure d'hydrothérapie, et, si possible, on lui conseillera une cure sulfureuse : comme Luchon ou Cauterets, par exemple.

**Soif. — Comment la calmer,** par le Dr Vires agrégé.

1° *Indications d'ordre étiologique.* — La soif est la croix des malades, disait de Haen. C'est un supplice pire que celui de la faim.

*a)* La soif compensatrice n'est susceptible d'aucune médication, car cette soif est quasi justifiée par les spoliations, dont le milieu intérieur est le théâtre. Tout au plus sommes-nous autorisés à modifier dans la mesure du possible l'action des agents extérieurs, facteurs de cette spoliation. D'après ses expériences chez le chien, Magendie pensa pouvoir supprimer la soif chez les grands altérés par hémorrhagie ou diarrhée profuse, par des injections de liquide dans le milieu intérieur. Depuis, on a réalisé son hypothèse et l'on a pratiqué avec succès des injections sous-cutanées et intraveineuses qui ont pu remédier à l'appauvrissement en eau d'un organisme atteint d'hémorrhagies abondantes. Les injections de sérum sont d'un usage courant en chirurgie après de graves hémorrhagies.

Dans la soif causée par la polyurie éliminatrice du sucre, des chlorures, de l'acide urique, les opiacés peuvent amener une sédation.

Dans la polyurie dyscrasique, c'est par le traitement de la dyscrasie qu'on doit intervenir sur le symptôme soif. Réduire au minimum les éléments perturbateurs du milieu intérieur : voilà la première indication. Le traitement de Richet et Toulouse dans l'épilepsie, ou traitement par la suppression des chlorures, peut donner de bons résultats.

Chez les dipsomanes, chez les vésaniques, nous avons peu à faire. Ce sont des aliénés, des fous, quelquefois des fous raisonnants. Rien n'y fait : ni influence morale, ni influence religieuse, ni intimidation, ni isolement, ni travail ; il n'en faudra pas moins les soumettre au traitement général de l'aliénation mentale qui les individualise.

* *

2° *Indications d'ordre symptomatique.* — Ces indications sont vagues, entièrement empiriques. La classification des médicaments propres à calmer la soif ne repose sur rien. Pourquoi agissent-ils ? Le fait est là, cependant : ils diminuent la soif. Ce sont l'opium, la valériane, le camphre, les mercuriaux, le sel de Prunelle...

L'opium calme la soif. On le donne sous forme de vin, de poudre, d'extrait, de laudanum, à la dose de cinq à dix gouttes sur un morceau de sucre.

La valériane diminue la soif et diminue les urines. On prescrit l'extrait de valériane à la dose de 2 gram. ; la teinture alcoolique, de 5 à 15 gr. en potion.

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler | 10 cc. |
| Teinture éthérée de valériane | 15 cc. |

V à X gouttes dans un peu d'eau ou de tisane.

Roger, en 1848, soumit une femme de la Charité, qui consommait vingt pots de tisane par jour à l'usage de camphre, à la dose de 80 gr. par jour. Il vit, au bout de peu de jours de ce traitement, la soif diminuer d'une manière remarquable.

Fleury, qui eut l'occasion de soigner la malade précédente peu après le traitement institué par Roger, lui donne le calomel jusqu'à salivation ; la soif diminue encore et la malade ne boit plus que 3 litres par jour.

L'ergot de seigle a été conseillé. On peut prescrire les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Extrait thébaïque | 0 gr. 05 centigr. |
| Miel blanc | 0 — 90 — |
| Poudre d'ergot de seigle | 2 — |

F. s. a. 12 pilules. — 1, 2, puis 4 *pro die*.

Fonssagrives considère le sel de Prunelle comme un désaltérant non douteux ; c'est du nitrate de potasse fondu, c'est le sel de nitre du commerce. A la dose de 3 à 4 gram. par jour, dans un vaste excipient, un litre de tisane par exemple,

il calme la soif. On peut se servir comme véhicule d'une infusion froide de valériane.

Enfin les amers : gentiane, colombo, quassia, simarouba, centaurée, chicorée, etc., ont pour effet sensible de diminuer la soif, sans que le mécanisme de cette désaltération soit bien connu.

**

Mais la sollicitude des thérapeutistes et, surtout, des thérapeutistes anciens, ne s'est point arrêtée là ; on a voulu prescrire aux grands altérés des régimes dits régimes désaltérants, prescription empirique, qui, sur bien des points, s'accorde cependant avec les données actuelles.

On disait :

1° Maintenir dans l'ambiance du malade une température fraîche ;

2° Donner des aliments peu relevés et peu épicés, peu salés ;

3° On conseillait l'eau vineuse ou la bière étendue d'eau ;

4° Mieux valait instituer un régime animal que végétal ;

5° Faire boire par aspiration, à l'aide d'un chalumeau ;

6° De toutes façons, en agissant sur le moral du malade, on devait secouer et réveiller la volonté du malade et le faire réagir contre la soif qui le torture.

Les éléments pathogéniques ont pu conduire à quelques indications d'ordre particulier.

La soif dépend d'une disette générale d'eau dans l'organisme, mais c'est aussi un phénomène local : et le manque général d'eau de l'organisme semble se faire sentir d'abord dans la bouche et la gorge.

Vous pouvez soulager la soif en faisant boire vos malades, en leur donnant de l'eau par la bouche ou par le rectum. Peu importe la voie d'entrée, pourvu que l'eau soit absorbée.

Vous pouvez encore calmer la soif en lavant simplement la bouche et en faisant gargariser la gorge avec de l'eau, sans que le malade en avale la moindre goutte.

C'est une coutume des gens du peuple de placer un caillou, une feuille ou un fragment de racine dans la bouche pour « tromper la soif ».

D'autres fument des cigarettes, bien que ce moyen soit peu recommandable.

Enfin, ne pourrait-on tenter les injections intraveineuses de sérum physiologique, d'eau de mer ou d'eaux minérales (Fleig), les injections sous-cutanées de ces mêmes solutions physiologiques (chlorure de sodium à 7/1.000, eau de mer, eaux minérales), voire même des injections d'eau sucrée, en cherchant à rétablir l'équilibre osmotique dans l'organisme, ces diverses substances étant hypertoniques, hypotoniques ou isotoniques au Δ du sérum sanguin ?

**Signes de début et traitement de la chorée de Sydenham**, par le Dr Mouriquand (*Concours médical*).

Symptomes. — Il nous paraît inutile de rappeler ici les symptômes majeurs de la chorée de Sydenham. Leur étude est bien faite dans tous les manuels. L'attention du clinicien doit être particulièrement attirée au contraire sur les signes de début. Bien connaître ces symptômes, c'est instituer vite une thérapeutique souvent efficace.

Voici ce que l'observation journalière nous apprend :

Un enfant appliqué revient un jour de classe avec de mauvaises notes ; son attention et sa tenue commencent à laisser à désirer, les leçons sont moins sues. A la maison on le gronde pour ses notes, on le gronde pour sa maladresse, il s'installe, il casse des verres, salit la nappe, etc. Son humeur est instable : il rit et pleure pour des causes futiles ; son esprit va, vient, ne se pose plus. Après l'avoir considéré comme un enfant insupportable, les parents l'amènent au médecin, réclamant un calmant.

Le médecin pense à la chorée, mais ne trouve aucun des mouvements caractéristiques, il doit les dépister. Il doit longuement regarder l'enfant, ne pas le perdre de vue même pendant l'auscultation ; souvent un mouvement involontaire trahit le mal. Dans un cas, après avoir vainement recherché le trouble moteur nous allions renoncer à notre diagnostic, lorsque brusquement et à son insu l'enfant nous serra la main. Les signes ultérieurs montrèrent qu'il s'agissait là d'une ébauche de mouvement choréique. Mais souvent au début les membres sont indemnes. Comme l'indique Weill, c'est la *langue* qui peut être le siège des premiers mouvements. Ce signe est précieux. Le médecin fera toujours tirer la langue à son malade, il observera alors des mouvements de reptation, des contractions latérales, creusement en gouttière ou des mouvements de thrombone qui sont encore plus caractéristiques. Souvent c'est là le seul signe observé. C'est ainsi que dans la chorée molle qui se traduit par la paralysie d'un ou de plusieurs membres, la langue, par ses mouvements choréiques, peut indiquer la nature de la paralysie, ce qui évitera au médecin de faire l'erreur grossière de considérer cette paralysie ou cette parésie comme étant de nature médullaire ou cérébrale et de porter un pronostic sombre que la paralysie choréique ne comporte pas.

La chorée peut être toute psychique, mais c'est généralement au cours des périodes de grands mouvements que l'instabilité intellectuelle est la plus accentuée. On a pu signaler de véritables cas de manie. Quand ces troubles surviendront en dehors des troubles moteurs caractéristiques, la recherche des petits signes sus-indiqués s'imposera.

L'affection peut avoir *tous les degrés d'intensité*.

La chorée légère ne se traduit que par des mouvements incoordonnés peu intenses, portant surtout sur les membres et au début particulièrement, sur le membre supérieur gauche.

Elle guérit en un mois environ.

La forme moyenne est la plus généralement observée ; les mouvements y sont plus marqués, les troubles psychiques plus nets (instabilité).

La chorée intense est caractérisée par des troubles moteurs portés au maximum, persistant même la nuit, troublant le sommeil de l'enfant, amenant une fatigue excessive, l'anorexie, et pouvant dans certains cas aboutir à la paralysie flasque de la chorée molle, qui peut d'ailleurs s'installer d'emblée.

Il conviendra de toujours ausculter avec soin un choréique. Dans près du 1/3 des cas, on trouvera une lésion cardiaque attribuable généralement au rhumatisme. Le poumon devra être surveillé, car le bacille de Koch se développe chez les choréiques avec prédilection.

Le *pronostic* immédiat est rarement sombre, sauf dans les cas, plus haut signalés, d'hyperchorée, qui, outre la fatigue qu'elle entraîne, peut s'accompagner de troubles graves de déglutition amenant des pneumonies ou des broncho-pneumonies mortelles dues à la pénétration des aliments dans les bronches. De tels sujets, grâce aux coups qu'ils se donnent, présentent souvent des infections cutanées qui peuvent être le point de départ de septicémie.

Pratiquement la chorée bien traitée dure de 1 à 3 mois — et plus. Mais c'est une des affections qui comportent le plus de récidives. Une choréique de 12 ans en est souvent à sa 2e, 3e atteinte. Nous avons vu des enfants revenir pour leurs 6e et 7e récidives.

La *chorée de Sydenham* sera séparée, au point de vue séméiologique et surtout thérapeutique, des autres chorées de l'enfance.

La *chorée électrique*, au lieu des mouvements arythmiques et « arrondis » de la chorée de Sydenham, présente des secousses brusques et arythmiques et « arrondis » de la chorée de Sydenham aux membres supérieurs. En présence d'une *hémi-chorée*, il faudra songer à une lésion cérébrale et en rechercher les divers symptômes.

Le *tic convulsif*, loin d'être arythmique et sans but, reproduit toujours un geste précis, il est souvent accompagné d'exclamations ordurières, rarement observées au cours de la chorée de Sydenham.

Traitement. — La chorée de Sydenham est une des rares affections de l'enfance qui comportent une thérapeutique médicamenteuse.

Nous ferons ici, à un point de vue purement pratique, l'étude des divers médicaments préconisés dans cette affection. Nous tâcherons d'en préciser la valeur respective et d'en limiter les indications.

Considérée par les anciens auteurs comme une affection spasmodique, on lui a opposé empiriquement tous les antispasmodiques connus. Quelques-uns ont résisté à l'épreuve du temps. La valériane (sirop), le bromure de K (0.50 à 1 gr. par année d'âge) ont une action incertaine. Le bromure n'a aucune influence sur les mouvements choréiques eux-mêmes. Il peut calmer l'excitabilité cérébrale, inviter l'enfant au sommeil. Mais la véritable indication qui demeure, c'est son emploi dans les *cardiopathies des choréiques* dont il calme la tachycardie et les troubles fonctionnels subjectifs. Lorsque chorée et cardiopathie seront d'origine rhumatismale, il conviendra d'associer le bromure au salicylate de soude.

*L'opium*. — L'opium à haute dose a été vanté par Trousseau. Il donnait 0.025 d'extrait gommeux d'opium d'heure en heure jusqu'à somnolence. Des doses fortes et dangereuses sont nécessaires pour amener l'atténuation des mouvements choréiques. Cette médication doit donc être, à ce point de vue, proscrite. Il conviendra au contraire de songer à la médication opiacée dans des cas de troubles psychiques intenses, dans les cas de manie, l'opium demeurant le meilleur remède aux manifestations maniaques. Il faudra garder, dans l'administration de l'opium, la même prudence dans la chorée que dans les autres affections de l'enfance (1 à 11 gouttes de laudanum de Sydenham par année d'âge. Extrait thébaïque 1/2 à 0 gr. 01 par année d'âge. Sirop thébaïque 1 gr. par année d'âge, etc.). Si les troubles intellectuels sont plus marqués, on augmentera la dose en tâtant la susceptibilité de l'enfant.

*Le chloral*. — La véritable thérapeutique de la chorée commence avec l'emploi du *chloral* (Bouchut 1873, Joffroy). Les fortes doses sont nécessaires pour agir sur la chorée elle-même. Les mouvements ne sont guère atténués qu'avec des doses de 1 gr., 1 gr. 50, 1 gr. 75, qui fatiguent l'enfant et le plongent dans une somnolence peu favorable à l'alimentation. Il faudra s'en méfier chez les cardiopathes, car il déprime le cœur. Sa véritable indication sera l'insomnie. Si le cœur le contre-indique, on emploiera le sulfonal ou le trional.

Le chloral se donnera en potion ou en lavement à la dose de 0.10 par année d'âge ou plus suivant la nécessité et la résistance.

Le chloroforme et l'éther ont été préconisés. Ils seront exceptionnellement employés.

*L'antipyrine*. — L'emploi de l'antipyrine marque un grand progrès dans le traitement médicamenteux de la chorée de Sydenham (Wolner, de Munich). Leroux, qui l'a un des premiers employée indique que, tandis que les chorées moyennes duraient de 60 à 90 jours avant son emploi, elles ne durent plus, depuis l'emploi de l'antipyrine, que 30 jours environ. L'amélioration est généralement rapide. Weill la signale dès le 4e ou dès le 8e jour. Marfan, qui l'a chaudement préconisée, indique les doses ascendantes 1 gr. 50, 2 gr., 3 gr., puis descendantes de 2 gr., 1 gr. 50 (0.50 par année d'âge) Ce traitement pourra être longtemps continué sans danger. Il

amène parfois pourtant de l'anorexie, et produit ainsi de la pâleur, de l'anémie (Weill) ; dans ce cas, il convient de l'associer à quelques gouttes de liqueur de Fowler.

Mais si l'antipyrine agit bien dans les chorées moyennes, certaines chorées, et particulièrement les intenses, lui résistent en général. Il ne faudra pas augmenter trop les doses dans ces cas. Il vaut mieux s'adresser alors à la médication arsenicale.

*Médication arsenicale.* — Elle est souvent très efficace, mais il faut en connaître avec précision la technique et les dangers. Nous passerons en revue les diverses préparations employées en les critiquant.

*Liqueur de Fowler* (arsenite de potasse, 1 pour 100 d'acide arsénieux) (I à II gouttes par année d'âge, d'après la posologie classique). Mais les auteurs ont donné des doses souvent formidables : chez des enfants de 6 à 10 ans, on a prescrit de VIII à XX gouttes (doses ascendantes et décroissantes). L'action curative est parfois très nette. Mais des accidents sont à craindre, la liqueur étant peu maniable à cause de sa concentration (que le Codex de 1908 a réduite).

On voit souvent survenir à partir de XX à XXX ou XL gouttes des troubles gastro-intestinaux, cutanés, voire paralytiques (Bokay, Weill, Lévy).

On voit que la liqueur de Fowler doit être prudemment donnée. Elle n'est guère efficace dans la chorée qu'au prix d'une véritable intoxication.

*Arséniate de soude.* — On peut en dire autant de l'arseniate de Na, qui peut entraîner les mêmes accidents. On a préconisé son emploi en injections hypodermiques pour éviter les troubles gastro-intestinaux. Par cette méthode les névrites ne sont point écartées.

*Liqueur de Boudin.* — Préconisée par Siredey, Marfan et Comby en généralisèrent l'emploi. C'est une solution d'acide arsénieux à 1/1.000 : 1 gramme de la solution équivaut à 0.001 milligr. d'acide arsénieux. Voici comment elle est prescrite par Comby : à partir de huit ans, commencer par 10 grammes le premier jour en augmentant de 5 grammes par jour jusqu'à 30, diminuer ensuite graduellement jusqu'à 10. Pour les plus jeunes enfants, commencer à 5 et ne pas dépasser 20.

C'est une des meilleures méthodes d'administration de l'arsenic dans la chorée. Son efficacité est incontestable, mais les fortes doses sont nécessaires puisque l'amélioration de la maladie coïncide presque toujours avec les premiers phénomènes d'intoxication. Pour ces auteurs, on ne devrait pas redouter des accidents, mais au contraire chercher à les provoquer. Il est cependant difficile de ne pas dépasser la limite des accidents bénins ; aussi certaines précautions adjuvantes du traitement sont-elles nécessaires. Comby recommande de mettre les malades au lit, à l'isolement et au régime lacté. Une pareille surveillance n'est pas habituellement pratiquée en dehors des services d'hôpitaux ou des familles aisées. On ne saurait abandonner un pareil traitement à des mains profanes. Weill a formulé avec précision les critiques qu'on peut adresser à cette méthode : le vomissement est habituel, il a vu des cas d'entérite grave, de paralysie, des éruptions, des lésions de la muqueuse buccale, de l'anurie, de la glycosurie alimentaire, de la néphrite avec urémie convulsive.

Cette méthode excellente doit rester surtout une méthode hospitalière, elle doit être tenue comme une méthode d'exception par le praticien qui ne l'emploiera que lorsque la surveillance du traitement pourra être très strictement pratiquée par lui.

*Cacodylate de soude* (Garand). — Rejeter la voie stomacale (intolérance). La voie hypodermique est recommandée dans les cas de traitement prolongé.

*Technique.* — Solution contenant 2, 3, 5 gr. p. 100 de cacodylate de Na. Doses à injecter :

| | |
|---|---|
| Jusqu'à 10 ans................ | 0,06 centigr. |
| De 10 à 15 ans................ | 0,08 — |
| Au-dessus de 15 ans........... | 0,10 — |

Cette méthode permet de faire absorber de grosses doses (Gautier), sans provoquer d'accidents d'intoxication. On a pourtant signalé des éruptions et des paralysies.

Peut-être les résultats de cette méthode sont-ils moins constants.

En tout cas, si la voie hypodermique est la meilleure voie d'administration, elle ne saurait être habituellement de mise dans la chorée où les injections sont souvent difficiles à pratiquer en raison des mouvements incessants des malades et des facilités d'infection.

*L'arrhénal* paraît être un bon agent thérapeutique. On partira de 0.03 cent. jusqu'à 0.10, puis on descendra à 0.03 (enfant de 8 à 12 ans).

*Beurre arsenical* — D'après tout ce qui précède, il est facile de se rendre compte que la chorée ne cède qu'à de fortes doses d'arsenic. Or, les fortes doses comportent des intoxications parfois redoutables.

Permettre l'absorption de grandes quantités de ce médicament sans craindre son effet toxique grâce au mélange avec une substance grasse, le beurre, qui atténue cette toxicité (Chapuis), telle est l'élégante méthode préconisée par Weill (de Lyon).

La technique doit être retenue :

1° Prendre la quantité d'acide arsénieux qui doit être donnée pendant le traitement, soit 0.18 centigr. ;

2° Mélanger cette quantité d'acide arsénieux à 20 fois son poids de sel (NaCl,) soit 3 gr. 60, ce qui donne au mélange le poids total de 3 gr. 78 ;

3° Peser chaque jour une dose régulièrement croissante du mélange :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1er jour | 0,105 | milligr. soit | 0,005 | mill. d'acide arsénieux |
| 2e jour | 0,210 | — | 0,010 | — |
| | 0,315 | — | 0,015 | — |
| | 0,420 | — | 0,020 | — |
| | 0,525 | — | 0,025 | — |
| | 0,630 | — | 0,030 | — |

puis redescendre ensuite à 0.105 milligr., point de départ ;

4° Triturer chacune de ces quantités dans 10 grammes de beurre frais chaque jour au moment de s'en servir ; l'étendre en tartine sur du pain qu'on donnera au cours des repas.

L'arsenic absorbé sous cette forme est absolument toléré. Les accidents sont inconnus. L'appétit est excité. Le poids augmente. L'amélioration nette apparaît au 10e jour, la guérison a lieu vers le 25e jour.

Si nous sommes entrés dans le détail de chaque médication, c'était pour tâcher d'en fixer exactement la valeur pratique.

Nous ajouterons qu'à ce traitement médicamenteux, se superpose un traitement hygiénique sur lequel nous ne voulons pas insister ici. On peut le résumer en quelques mots : repos, isolement relatif ou absolu suivant la gravité du cas, régime privé de mets excitants. Hydrothérapie sous ses formes diverses.

Pour nous résumer nous nous demanderons : en présence d'un cas de chorée donné quel traitement instituerons-nous ?

1° *Les formes légères* ont une tendance naturelle à la guérison, l'hygiène, le repos, le drap mouillé. Un peu de bromure dans les cas d'insomnie. En somme, traitement expectatif et symptomatique ;

2° *Formes moyennes*, les plus habituelles.

C'est là que l'antipyrine triomphe. Elle sera donnée suivant les règles plus haut indiquées. Les autres médications calmantes seront de mise dans les cas d'insomnie, etc. Hygiène plus sévère, repos, isolement, au moins relatif.

3° *Formes intenses.* Elles résistent le plus souvent à l'antipyrine ainsi que les *formes prolongées*. C'est dans ces cas que la médication arsenicale est de mise (liqueur de Boudin, et surtout beurre arsenical).

Dans les hyperchorées avec pronostic grave une injection sous-cutanée d'*apomorphine* (0.005) s'impose parfois ; s'il y a insomnie et troubles psychiques, chloral et l'opium seront employés.

## REVUE DE CLIMATOLOGIE

**Sur la déshydratation de l'organisme par les voies pulmonaires et cutanées, et ses variations avec l'altitude**, par MM. H. Guillemard, R. Moog et G. Regnier (*Acad. des Sciences*).

Les observations des auteurs, faites comparativement à Paris, et à l'observatoire Vallot, au Mont-Blanc, leur ont montré que la perte de poids du corps et la perte d'eau sont plus faibles en montagne qu'en plaine.

D'autre part, ils ont constaté comme symptôme constant du mal de montagne une oligurie notable, la quantité de liquide ingéré étant au moins égale à ce qu'elle était en plaine. Ils sont donc amenés à considérer l'oligurie du mal de montagne comme un symptôme d'une véritable auto-intoxication ; il y a bien, en effet, rétention d'eau par l'économie, car à la période d'oligurie qui dure quelques jours succède une phase de polyurie, véritable crise urinaire qui marque la fin des accidents morbides.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Hydrocèle en bissac** (*Soc. de Chirurgie*).

M. Rochard a présenté à la *Société de Chirurgie*, de la part de M. Féron (de Laval), un cas d'hydrocèle en bissac chez un jeune homme de dix-sept ans. M. Féron, qui l'a opéré, a reconnu l'existence d'une poche scrotale et d'une poche intra-abdominale énorme, contenant six litres de liquide. Il en établit la situation et les connexions par une laparotomie préalable, puis, refermant le péritoine, il fit une hernio-laparotomie et, par cette large incision, il put décortiquer la poche intra-abdominale. Quant à l'hydrocèle scrotale, elle fut traitée par la résection partielle suivie de reconstitution de la vaginale. Fermeture de l'incision inguinale à la manière de Bassini, sans drainage. La convalescence fut troublée par l'apparition d'un hématome abdominal qu'il fallut ponctionner à deux reprises et par une récidive de l'hydrocèle scrotale qui disparut avec la résection totale de la vaginale.

M. Routier a obtenu la guérison d'une hydrocèle en bissac par le simple drainage. Dernièrement il a fait avec succès dans un second cas la résection des deux poches.

M. Hartmann s'est contenté, dans un cas où le malade était très anémié par des hémorragies répétées dans la poche abdominale, de faire un drainage de la poche avec deux gros drains. Le malade a guéri.

M. Le Dentu, à deux cas d'hydrocèle en bissac, a pu enlever les deux poches, la guérison a été rapide.

## REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

**Chirurgien-dentiste. — Diplôme. — Validité.**

Le candidat qui n'a pas accompli une première année d'études en chirurgie dentaire ne peut être régulièrement autorisé à prendre cumulativement les inscriptions afférentes à la deuxième et à la troisième années d'études ;

En conséquence, la décision ministérielle conférant dans ces conditions un diplôme de chirurgien-dentiste, doit être annulée.

René Bloch, *Docteur en droit.*

## REVUE DE MÉDECINE COLONIALE

**De la contagiosité de la lèpre en Annam** (*Soc. de méd. tropic.*)

M. d'Hostalrich, pendant trois années, où il a suivi à Phantiet (Annam), et dans la région de Binh-Thuan, un grand nombre de lépreux, n'a pu observer un seul fait probant de contagion. La lèpre doit être bien faiblement contagieuse, quand on se rend compte du petit nombre de lépreux observés, comparé au grand nombre d'individus avec lesquels ils vivent, dans un encombrement et une promiscuité incroyables. La province de Binh-Thuan est, cependant, en relations directes avec l'Annam et la Cochinchine, foyers bien connus de lèpre. Il croit nécessaire de se livrer à de nouvelles recherches sur ce sujet, car la contagiosité de la lèpre, en Annam, *si tant est qu'elle existe*, doit être exceptionnelle et difficile. En revanche, il croit qu'il faut faire jouer un rôle très important à l'hérédité.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Un moyen simple et facile de diagnostiquer la rage chez l'animal**, par le Dr Georges (*Conc. méd.*).

La rage est généralement transmise à l'homme par la morsure d'animaux ; elle l'est plus rarement par la souillure d'érosions muqueuses ou de plaies cutanées. Or, dans la série animale, cette maladie atteint surtout le *chien* ; c'est par lui qu'elle se perpétue et qu'elle se transmet au chat, au loup, aux bovidés, exceptionnellement au cheval.

Le chien donne la rage à l'homme dans 92.53 pour 100 des cas ; le chat dans une proportion de 6.06 pour 100 ; les bovidés et le cheval dans 1 pour 100 des cas seulement.

Quoique la morsure de l'homme par un chien enragé ne soit suivie de rage que dans 15 à 16 pour 100 des cas, dès qu'un animal de cette espèce a mordu, il faut se demander si celui-ci n'est pas atteint de rage.

C'est là un problème des plus importants, dont la solution peut offrir de sérieuses difficultés.

Parfois un chien absolument sain a mordu parce qu'il se croyait menacé ou parce qu'il croyait les biens de son maître menacés. Parfois encore l'homme a été l'objet d'une véritable agression de la part d'un animal atteint de rage furieuse, et alors la maladie est relativement facile à reconnaître. Néanmoins, il peut aussi avoir été mordu ou léché à une période à laquelle il était encore impossible de soupçonner l'affection ; c'est le cas pour la rage tranquille ou mue, au début de laquelle l'animal, simplement triste ou inquiet, montre une tendance à flairer ou à lécher tout ce qu'il trouve, devient même plus caressant.

Quoi qu'il en soit, un diagnostic ferme de rage ne peut être porté à simple vue ; aussi est-il nécessaire, lorsqu'un chien est soupçonné, de le séquestrer et de l'observer pendant un certain temps pour voir évoluer chez lui la maladie.

Le diagnostic est tout aussi délicat s'il doit être porté après la mort, et par le seul examen du cadavre d'un chien. Les lésions de la rage ne sont en effet nullement spécifiques ; disséminées dans tous les appareils, elles sont très limitées, superficielles, inconstantes même, on commues à d'autres affections. On doit toujours être très réservé dans ses appréciations. Si, par exemple, l'estomac renferme des corps étrangers chez un animal qui de son vivant a présenté quelques symptômes suspects, on peut quasi affirmer la présence de la rage. Mais il faut savoir que l'estomac peut être complètement vide chez un animal notoirement rabique.

**Il y** a cependant un moyen *rigoureux* d'établir l'existence ou la non-existence de la rage chez un chien suspect. Décrit par Kelsch et Vaillard, il est basé sur les découvertes de Pasteur.

Ce moyen a le grand mérite d'être *simple*, *facile*, *à la portée de tous* et *praticable dans toutes les circonstances*.

Il consiste dans l'inoculation d'une parcelle des centres nerveux du chien soupçonné, soit dans l'arachnoïde, après trépanation, soit dans la chambre antérieure de l'œil d'un chien ou d'un lapin.

Si l'animal sacrifié était infecté, la rage apparaît chez le chien au bout de 13 ou de 17 jours après l'inoculation cérébrale, et de 15 ou 20 jours après l'injection oculaire. Il faut savoir que chez le lapin, fait caractéristique, la rage est paralytique d'emblée dans les mêmes délais.

Ces inoculations expérimentales doivent être faites avec la plus grande asepsie, sinon les animaux succombent prématurément à une affection autre que la rage.

L'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil se recommande par sa simplicité ; elle n'exige d'autre instrument qu'une seringue de Pravaz.

Certaines précautions sont de rigueur absolue dans le manuel operatoire. Le bulbe de l'animal suspect ayant été sectionné et enlevé avec des instruments préalablement flambés, un fragment en est prélevé avec pureté, puis tritnré dans une petite quantité d'eau *bouillante* ; pour cette opération il est recommandé de se servir d'un verre et d'une baguette de verre, stérilisés soit par le chauffage, soit par une ébullition prolongée.

L'émulsion obtenue est ensuite filtrée sur un linge fin, soumis au préalable à l'ébullition. On en injecte alors 4 à 5 gouttes dans la chambre antérieure de l'œil, au moyen d'une seringue de Pravaz bouillie. L'inoculation est rendue plus facile par l'instillation sur la cornée de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne.

Dans les cas où cette inoculation expérimentale ne pourrait être réalisée sur place, le bulbe des animaux suspects de rage devrait être envoyé à l'Institut Pasteur dans la *glycérine neutre*, qui n'altère pas sensiblement la virulence de l'organe, du moins pendant un certain temps.

## CARNET DU PRATICIEN

### Bourdonnements d'oreille

*Traitement local.* — Soigner, avant tout, l'affection locale causale : otite moyenne aigüe, adhérences de la caisse, etc.

Dans les cas intenses et rebelles, injections par la trompe de solutions de cocaïne à 2, puis 4 et jusqu'à 10 0/0, répétées tous les trois ou cinq jours (Baumgarten).

Si les bruits persistent, recourir au besoin à l'application de petits vésicatoires sur la mastoïde.

*Traitement général.* — Il suffit, le plus souvent, chez les sujets névropathes.

Bromure de sodium seul (1 gr. 50 ou 2 gram. par jour, en une fois, dans un peu d'eau sucrée, une heure avant le coucher) ou associé aux autres bromures ou à l'antipyrine :

| | |
|---|---|
| Bromure d'ammonium | 2 gram. |
| — de potassium | 4 — |
| — de sodium | 4 — |

Pour un paquet à dissoudre dans 750 gram. d'eau minérale carbonique (Erlenmeyer).

Prendre une à trois doses de 100 cc. de cette solution par jour.

Ne pas continuer pendant plus de trois semaines.

Prendre ensuite une dose unique de 1 gr. 50 à 2 gram., le soir des jours où les bourdonnements seront les plus marqués.

Ou :

| | |
|---|---|
| Antipyrine | 0 gr. 20 centigr. |
| Bromure de sodium | 1 — 50 — |

Pour un paquet n° 10 : un paquet tous les soirs, dans un peu d'eau sucrée, avant de se coucher.

Teinture d'aconit, II à X gouttes par jour pendant une ou deux semaines.

Teinture d'arnica, V à XII gouttes chaque fois, deux ou trois fois par jour, sur un morceau de sucre (Gruber).

*Traitement des complications.* — Si les vertiges accompagnent le bourdonnement :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de quinine | 1 gram. |
| Extrait de gentiane | Q. s. |
| Poudre de guimauve | Q. s. |

Pour dix pilules : une pilule trois fois par jour. En cas d'insuccès :

Prendre trois fois par jour, un quart d'heure après les repas, dans un peu d'eau sucrée, X à XXX gouttes de :

Acide bromhydrique à 10 0/0... 20 gram.

Après l'usage de ces médicaments, gargarisme avec une solution de bicarbonate de soude : une demi-cuill. à café pour un verre d'eau.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant pas d'eau en bouteille.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant pas localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

*En* CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — Thorenc (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

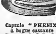
Gérant : Docteur Lucien-Graux.








Capsule "PHENIX" à double languette
*Bague déposée*



Capsule "PHENIX" à bague cassante
*Brevetés S. G. D. G.*





Capsule "ETOILE"
*Brevetée S. G. D. G.*



Capsule AMÉRICAINE



Capsule ondulée à bague "PHENIX" forcée
*Brevetée S. G. D. G.*

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Le Livre d'or thermal.**

La clôture de la souscription va être close, le Livre devant paraître en mai pour l'ouverture de l'Exposition de Bruxelles, et l'éditeur demandant quatre mois pour l'exécution de l'ouvrage. Prière aux administrations thermales on climatiques retardataires de hâter l'envoi de leurs Souscriptions. (Ecrire de notre part à l'Union des Etablissements thermaux de France, 69, rue de la Victoire, Paris.

**L'origine des eaux minérales.**

Au moment où la question de l'origine des eaux minérales est à l'étude dans divers milieux scientifiques, il est intéressant de rappeler cette opinion du vieux maître Rabelais :

« Et m'eshahys grandement d'ung tas de folz philosophes et médicins qui perdent temps à disputer « d'ond vient la chaleur de ces dites eaues, ou si « c'est à cause du baurach (horax), ou du soulphre, « ou de l'alum ou salpêtre qui est dedans la minière, « etc., etc. » (*Pantagruel*, livre II, chapitre XXXIII.

**La Société d'Hydrologie.**

Voici le nouveau bureau : Président : Dr Carron de la Carrière; vice-président : Dr Galland-Gleize et M. Frenkel; trésorier : Dr Colombel; secrétaires : Dr La Couture et M. Parturier.

**Académie de Médecine.**

Demandes d'autorisation pour les sources *Séraphine*, à Bonneval; *Ricker*, à Poland (Etats-Unis); *Royale*, à Evian; *Electra*, à St-Sylvestre.

**Exposition du IIIe Congrès International de Physiothérapie (Paris 29 mars-2 avril 1910).**

La classe IV de l'Exposition du IIIe Congrès International de Physiothérapie qui se tiendra à Paris du 29 mars au 2 avril prochain à la Faculté de Médecine, est réservée aux journaux et livres de thérapeutique physique, aux travaux *radiographies*, dessins ou tracés.

Les médecins qui désirent y participer sont priés d'adresser de notre part l'indication exacte et la nature de leurs travaux au *Dr Albert Weil, directeur de l'Exposition*, 21, rue d'Edimbourg, à Paris. L'emplacement nécessaire est donné gratuitement.

## ÉCHOS

**La Prusse combat efficacement la tuberculose.**

De 1875 à 1886, on comptait, en Prusse, sur 10.000 âmes 31 à 32 décès dus à la tuberculose. Cette proportion diminué rapidement à partir de 1887, pour s'abaisser à 21 en 1900.

Ce chiffre reste à peu près stationnaire jusqu'en 1905. Mais l'année suivante, il s'abaissait à 17,26, pour descendre, en 1908, à 16,46.

**IIIe Congrès International Laryngo-Rhinologique: Berlin 1911).**

Ce Congrès doit avoir lieu à Berlin en 1911, à la fin d'août ou au commencement de septembre. Adresser les demandes relatives au Congrès au secrétaire du comité exécutif, M. le professeur Rosenberg, Berlin, N. W. 6, Schiffbauerdamm, 26, ou à M. le docteur Finder, Berlin N. W. 62, Nettelbeckstrasse, 17, secrétaire du Comité international, qui s'est réservé de déterminer les rapports et les rapporteurs.

**Hôpital Saint-Antoine.**

Enseignement de la Radiologie médicale. — Le Dr Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 6 février, à 10 heures du matin et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans son laboratoire, une série de conférences sur le radio-diagnostic des maladies de l'appareil digestif : œsophage, foie, estomac et intestin.

**Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris.**

La Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris a constitué son Bureau pour 1910 de la façon suivante :

Président : M. Triboulet; vice-président : M. Maurice de Fleury; secrétaire général : M. Jayle; trésorier : M. Hallion; archiviste : M. Le Fur; secrétaire des séances : M. Trémolières.

**Les Aliénés.**

Le Sénat va discuter le projet de loi sur le *Régime des aliénés.* Il semble bien que cette loi d'humanité et de justice va être votée prochainement. Les confrères qui voudraient être au courant de la question qui a une grande importance au point de vue professionnel trouveront tous les renseignements voulus et les textes des lois et du projet dans le livre si documenté de M. le Docteur Dubief, l'ancien Ministre de l'Intérieur et l'auteur même du projet de loi sur le *Régime des aliénés*, (Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

**IIIe Congrès International d'Hygiène scolaire (Paris, 2-7 août 1910).**

Rapports généraux. — 1° Unification des méthodes d'examen physique des écoliers : MM. Méry (de Paris) et James Kerr (de Londres); 2° Education sexuelle : MM. Doléris (de Paris) et Chotzens (de Breslau); 3° Préparation et choix du médecin scolaire : MM. Lesieur (de Lyon) et V. Desguin (d'Anvers).

Répartition des sections. — Les bâtiments et le mobilier scolaire. — II. Hygiène des internats. — III. Inspection médicale des écoles et dossiers sanitaires individuels. — IV. Education et entraînement physique.—V. Prophylaxie des maladies, contagieuses à l'école. — VI. L'hygiène en dehors de l'école; écoles de plein. air; colonies de vacance, etc. — VII. Le corps enseignant son hygiène, ses relations avec les familles et le médecin scolaire. — VIII. Enseignement de l'hygiène aux maîtres, aux élèves et aux familles. — IX. Les programmes et les méthodes d'enseignement dans leur rapport avec l'hygiène scolaire. — X. Ecoles spéciales pour les anormaux. — XI. Hygiène de la vue, de l'ouïe, de la bouche et des dents dans les écoles.

Adresser les adhésions et demandes de renseignements à M. le docteur Dufestel, secrétaire général 10, boulevard Magenta, Paris, Xe.

**Nos articles.**

*Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.*

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

**Spécialité.**

Un capitaliste serait disposé à mettre des fonds importants dans une affaire de spécialité ou d'eaux minérales présentant un réel intérêt. Ecrire avec détails à M. J. S. à la *Gazette médicale de Paris*, 11 bis, rue Villebois-Mareuil, Paris qui fera suivre.

**Montres médicales.**

Un spécialiste notoire, M. Auricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris fourüit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la hrochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

**Bronzes d'Art.**

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que la maison Fumières, 32, avenue de l'Opéra, Paris qui édite les œuvres des principaux artistes français et dont les bronzes d'art ont une renommée universelle accepte de faire des conditions *spéciales* aux médecins et leur enverra sur demande et gratuitement son catalogue d'art et tons renseignements.



## POSTES MÉDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**STATION THERMALE.** — A vendre ou à louer, maison et installation du docteur ayant la plus grosse situation médicale de la station. (206)

**ALLIER.** — Sous-préfecture. Bon poste d'avenir à céder. Recettes 10.000. Loyer 800. Indemnité 5.000. (203)

**SEINE-ET-OISE.** — Région agréable. 2 docteurs dan la localité. L'un d'eux désireux de céder sa clientèle. (202)

**CHER.** — Pour cause de départ urgent, à céder poste de 10.000 fr. Conditions avantageuses. (198)

**YONNE.** — Bon poste de 20.000 fr., à reprendre dans gros chef-lieu de canton. (195)

**Grande ville.** A 2 heures de Paris. — On céderait Cabinet Dentaire. Recettes 30.000. Facilité de paiement, pour cause de changement de situation. (189)

**NORD-OUEST.** — Grande ville. Clientèle aristocratique à céder. Recettes 35.000. Longue présentation. (140)

**Docteur de Paris** désire trouver acquéreur pour les meubles de son cabinet et salle de bains.

**Ancien Interne** des Hôpitaux désire reprendre clientèle agréable à Paris. (2191)

**Docteur de Lyon** cherche bon poste dans chef-lien de canton on petite ville région lyonnaise. (2190)

**Docteur** disposant de capitaux reprendrait ou s'associerait dans affaire para-médicale sérieuse et bien assise. (2189)

**Jeune Docteur** reprendrait à Paris, quartier excentrique, clientèle de 20.000 minimum. Paierait indemnité comptant. (2188)

**Docteur** ayant exercé plusieurs années est désireux de reprendre dans la banlieue parisienne un poste de 25 à 30.000. (2187)

**Docteur** ayant poste de campagne cherche clientèle dans ville où il y ait lycée ou collège. (2186)

**Docteur** pressé de s'installer reprendrait immédiatement contre indemnité raisonnable bon poste dans un rayon de 200 kilom. de Paris. (2185)

**Docteur** âgé reprendrait clinique ou cabinet de consultations. (2184)

**Docteur sérieux** ayant références et pratique de la clientèle ferait remplacements toute l'année. (2183)

**Jeune Docteur** serait très heureux de trouver situation dans clinique, maison de santé ou assistant d'un docteur surchargé. Références. (2182)

**AVIS. — Jeune chirurgien-dentiste**, diplômé Ecole dentaire de Paris et Faculté de médecine de Paris, cherche une place d'opérateur dans cabinet dentaire. — S'adresser au Dr Frenkel, 36, rue Pergolèse.

**SEINE-ET-OISE.** — A 60 kilomètres de Paris, chef-lieu de canton. Seul médecin, un pharmacien. Recettes 13.000 touchées. Fixes: ch. de fer, assist., etc. Le titulaire depuis 11 ans désire trouver acquéreur. (203)

**VOSGES.** — Conviendrait à Docteur actif, poste de 10.000 où l'on pourrait faire 3 à 4.000 de plus. Faible indemnité. (210)

**OISE.** — Docteur désire céder son poste : recettes 9.000. Faible rayon. Communications faciles avec Paris. (215)

**Grande ville à 2 heures de Paris.** Clientèle agréable à céder. Recettes en progression 12 à 13.000. Loyer 2.500. Maison entière avec tout le confort moderne. (217)

**PARIS XXe.** — Clientèle ouvrière de 15 à 18.000 serait cédée avec garanties. Pas de frais. (218)

**Ville d'hiver importante des plus agréables.** — A céder Cabinet Yeux. N. G. O. Recettes 35.000 en 6 mois de saison. Peu de frais. On céderait également clinique. Forte indemnité. (219)

**SEINE-INFÉRIEURE.** — Dans chef-lieu de canton agréable 2 docteurs. Poste de l'un d'eux à reprendre. Recettes 11.000. Indemnité à débattre. (221)

**EURE.** — Poste de campagne à céder : recettes 16 à 17.000. Loyer 450. Indemnité à débattre. (226)

**ILLE-ET-VILAINE.** — A céder contre indemnité de 5.000 poste, seul médecin. Recettes 12.000. (227)

**PARIS.** — Docteur cherche à céder son cabinet d'Electrothérapie installé depuis 15 ans. Quartier central. (228)

**PARIS.** — Etablissement d'Aérothérapie à céder. On prendrait également associé. Affaire sérieuse bien assise et nécessitant peu de travail. (229)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désire trouver place d'assistant dans clinique, maison de santé, gardes remplacements, etc. (2192)

**Docteur** libre tout l'hiver cherche occupation à Paris: journal, maison de santé, clinique, même peu rémunérée. Références. (2193)

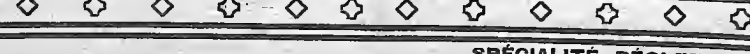
**Docteur** cherche à acheter part d'associé ou part entière de clinique, tuberculose en peau. (2194)

**Très pressé.** — Docteur reprendrait immédiatement clientèle à Paris ou banlieue immédiate. Recettes 30 à 40.000. Dispose de capitaux suffisants. (2195)









81e Année (Série XIIIe) — N° 54 Le Numéro : 25 Centimes 15 Février 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro

Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nos amis.**

Nous apprenons, avec plaisir, que notre ami, M. le docteur Lœderich est nommé, du 1er janvier au 31 octobre 1910, chef du Laboratoire de clinique médicale à Laënnec en remplacement de M. Marcel Labbé, démissionnaire.

**Registre d'hygiène des navires.**

Le sous-secrétaire d'Etat de la Marine vient de décider la création à bord, d'un registre d'hygiène analogue à celui qui existe dans l'infirmerie de chaque caserne de l'armée de terre.

Sur ce registre, seront réunies toutes les indications relatives à l'hygiène du navire et de l'équipage, ainsi que les desiderata qui auront été successivement exprimés par les médecins.

Les médecins de la Marine chargés d'un nouveau service, connaîtront ainsi, immédiatement, la valeur hygiénique des locaux habités, pourront en assurer plus utilement la surveillance et continuer l'œuvre d'amélioration de leurs prédécesseurs.

Ce sera le livret médical du navire, s'ajoutant au livret médical récemment créé pour chaque marin.

**Nouveau journal.**

Nous recevons un nouveau journal la *Bio-Nutrition*, dirigé par notre confrère Gautrelet, de Vichy. Il est d'un réel intérêt et nous lui souhaitons longue vie.

**Prix de la Société de Thérapeutique.**

La Société de thérapeutique attribuera en 1910 deux prix, dans les conditions ci-dessous :

1° *Prix de la Société de thérapeutique*, de la valeur de 500 francs;

2° *Prix Saint-Yves-Mesnard*, de la valeur de 250 francs.

Ces prix seront attribués aux deux meilleurs travaux de thérapeutique, manuscrits ou imprimés, parus depuis le 1er janvier 1909, qui auront été présentés à la Société avant le 30 juin 1910.

Le jury chargé de l'attribution des prix sera formé, en outre du bureau, par une Commission composée de MM. Albert Robin, Hirtz, Huchard, Le Gendre, Rénon et Triboulet.

**Service médical de colonisation.**

Un concours pour le recrutement de huit médecins de colonisation sera ouvert le 11 avril 1910, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (Office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des Facultés ou Ecoles de médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit au Gouvernement général (Direction de l'Intérieur, 2e bureau), soit à l'Office de l'Algérie, à Paris, soit à la préfecture de chaque département.

La liste des candidats sera close le 27 mars.

**Le professeur Brissaud.**

Notre confrère l'*Avenir médical et thérapeutique* rappelle cette curieuse anecdote sur le professeur Brissaud :

Le professeur Brissaud, qui vient de disparaître, avait, dans l'internat de Paris, la réputation d'un joyeux confrère. On lui attribue une farce devenue légendaire. Faisant, comme interne, la visite à l'Hôpital Beaujon en l'absence de son chef, il reçut plusieurs médecins anglais et se fit passer auprès d'eux pour le maître. Après de brillantes dissertations sur les principaux malades où il étonna ses auditeurs par l'étendue de son savoir, il prit congé d'eux, et, comme son service était au deuxième étage, il enfourcha la rampe et descendit ainsi à grande vitesse comme font les gamins à la grande stupéfaction de ses visiteurs.

**Le Devoir médical, œuvre de solidarité confraternelle et mutuelle.**

Il est formé entre les médecins civils ou militaires adhérant aux présents Statuts, une Société civile d'assistance mutuelle et de solidarité professionnelle, sous le titre de : *Le Devoir médical*. Son siège social est à l'Athénée municipal, rue des Trois-Conils, à Bordeaux. Il pourra être transféré partout ailleurs par simple décision du Conseil d'administration.

Cette Société régie par les présents Statuts et déclarée conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901, a pour but d'assurer aux ayants droit de l'associé qui vient de décéder une somme de dix mille francs environ pour chaque Groupe dont il est parlé à l'article 2 et dont le défunt faisait partie.

Ces avantages sont obtenus par le versement d'une cotisation payable à chaque décès d'adhérent par tous les membres de son Groupe, cotisation dont le taux est invariablement fixé pour chaque membre d'après son âge d'admission, et cela pour toute la durée de son séjour dans la Société, suivant les dispositions d'un barème assurant une égalité d'avantages et une relativité de charges aussi absolues et aussi permanentes que possible entre tous les Sociétaires, quels que soient l'âge de leur admission et le nombre des membres du Groupe auquel ils appartiennent.

S'adresser pour plus amples renseignements au Dr Muselli, président, Bordeaux, Athénée municipal.

**Congrès International d'Assistance Publique et de Bienfaisance privée qui aura lieu à Copenhague en 1910.**

Le Congrès de Copenhague doit continuer les travaux des Congrès internationaux de Milan (1906), de Paris (1900), de Genève (1896) et de Paris (1889).

Le Comité international permanent de ces Congrès, dont M. Emile Loubet, ancien Président de la République française, est le chef, présidera aux travaux du Congrès. Le Gouvernement danois a promis de s'y faire officiellement représenter; les Gouvernements étrangers sont priés d'y envoyer les délégués officiels.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour :

1° Les soins des malades à la campagne;

2° Assistance aux étrangers, étude pratique des bases d'entente internationale;

3° Le rôle de la femme dans l'assistance;

4° Assistance à donner aux veuves et à leurs enfants.

La première question est l'objet d'intéressants mémoires déjà sous presse qui émanent de différents pays étrangers.

Le mémoire français sera signé de M. le docteur Ott, Inspecteur départemental d'hygiène à Rouen.

L'ouverture du Congrès est fixée au 30 août 1910 et sa clôture au 3 septembre. Le prix du voyage à Copenhague, aller et retour, sera de 168 fr. 20 en seconde et 247 fr. 10 en première. Les congressistes, désirant profiter du voyage collectif, sont priés de s'inscrire le plus tôt possible, 49, rue Miromesnil, Paris, VIIIe.

**La Fédération médicale parisienne.**

Un nouveau groupement médical très intéressant vient de se constituer : la *Fédération permanente des médecins de la région parisienne*. Cette Fédération comprend les délégués des grandes associations médicales de Paris et de la région parisienne.

**Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Bordeaux.**

Une fête du Trentenaire de la réunion annuelle aura lieu en mai prochain.

## Cicatrisation rapide des vastes Plaies rebelles

A L'AIDE DU TRAITEMENT PAR

# La Lumière et la Chaleur électriques

Par le Dr DUPUY DE FRENELLE

Voici dix ans que j'étudie le traitement des plaies vastes et rebelles de longne date au traitement préalablement suivi.

Le nombre des médicaments que j'ai expérimenté est très grand. Voici les principaux et lenr action prédominante :

La vaseline de Reclus fait bourgeonner le fond.

L'emplâtre de Vigo, fait bourgeonner le fond et épidermiser les bords.

L'onguent Styrax réussit surtout dans les plaies fistuleuses, à l'aspect gris et torpide.

Le nitrate d'argent nivelle les hourgeons et prépare l'épidermisation.

Le sous-nitrate de Bismuth, le peroxyde de zinc, l'acide picrique assèchent la plaie.

Le rouge écarlate et surtout le sesquioxyde de fer, sont d'excellents épidermisants.

La plupart de mes expériences ont été faites avec nne lampe de trente bougies à verre dépoli. La lampe hleue et la lampe à verre transparent m'ont donné des aggravations.

Lorsque je sonmets une plaie à la lumière et à la chaleur d'une lampe électrique de trente bougies, munie d'un réflecteur, voici ce que j'ohtiens ;

1° Dans les premières minntes de l'hypérémie.

2° Dans une deuxième phase une exsudation séreuse recouvre toute la surface de la plaie.

3° Dans une troisième phase, cette exsudation se séche en une mince pellicule sur les hords, en un vernis au centre de la plaie.

4° Dans une quatrième phase, la plaie se dessèche de plus en plus.

Je règle l'intensité de la chaleur et de la lumière en éloignant progressivement la lampe de la plaie. Je maintiens la lampe à 10 centimètres de la plaie jusqu'à ce que j'aie obtenu une vive coloration rouge hypérémique, *jusqu'à ce que l'exsudation séreuse commence à apparaître.*



Plaie datant de trois mois. — Cicatrice en deux mois et demi et 30 séances de lumière électrique (Photographie prise en cours de traitement)

Le pyroléol et l'acide picrique m'ont paru agir dans les plaies en surface, n'entamant pas la totalité de l'épaisseur du derme.

Toutefois, sous l'influence des divers éléments de cet arsenal thérapeutique, la rapidité de la cicatrisation est variable pour chaque plaie.

Il est des plaies sur lesquelles la pommade de Reclus a une action très nette les premiers jours, pour diminuer d'action au bout de quinze jours.

Il est des plaies sur qui le pyroléol agit mieux, d'autres le sesquioxyde de fer, d'autres le Vigo, sans qu'il soit possible de préciser les indications de ces cicatrisants d'après l'aspect ou la nature de la plaie :

Sur des plaies de 20 centimètres de long et large, il m'a été possible d'étudier simultanément cinq ou six médicaments échelonnés tous les 3 centimètres de la plaie. Je n'en ai pas trouvé un dont l'action cicatrisante fût vraiment supérieure aux autres, d'une façon continue.

Seul le traitement par la chaleur et la lumière électrique m'a donné des résultats constants et appréciables. Depuis bientôt cinq ans que j'expérimente cette méthode voici les conclusions auxquelles je suis arrivé.

J'éloigne alors ma lampe à environ 20 centimètres de la plaie, jusqu'à ce que l'exsudation séreuse commence à se dessécher en un mince vernis. A ce moment j'éloigne ma lampe à 50 centimètres de la plaie et je l'y maintiens encore 5 à 10 minutes, puis j'éteins. La durée totale de la séance a été de 20 à 35 minules.

Ce procédé donne des résultats vraiment supérieurs aux autres. Il a des dangers :

Si l'on n'a pas employé une lampe à verre dépoli; si l'on a employé une lampe trop forte (plus de trente bougies); si l'on a trop prolongé la séance, ou si l'on a maintenu trop près la lampe, on a des aggravations. Deux jours environ après l'application, en enlevant le pansement, on trouve la plaie fortement élargie et augmentée de profondeur; en une séance on peut avoir perdu le travail d'un mois. Dans d'autres cas, c'est à distance autour de la plaie en traitement que l'on aperçoit des hrûlures du deuxième degré avec phlyctènes généralement circulaires. Ces accidents sont d'autant plus regrettables qu'à la suite la plaie reste rebelle au traitement pendant fort longtemps.

Tels sont les avantages et les dangers du traitement par la chaleur et la lumière électriques des plaies vastes et rebelles, de longue date aux traitements classiques. Voici la photographie d'une plaie de l'avant-hras, longue de 24 centimètres, large de 4 à 5 centimètres, ayant mis complètement à nn l'aponévrose. Elle était le résultat d'une lymphangite phlegmoneuse, suppurait et datait de trois mois sans aucune tendance à la cicatrisation lorsqu'on me l'a adressée. Les bords indurés étaient adhérents, à la profondeur sur une largeur de 2 centimètres environ, friables. Après trente séances de lumière électrique et deux mois de traitement, la plaie était complètement cicatrisée. D'autres plaies vieilles d'nn an, de dix-sept mois, ont été également cicatrisées, par le même procédé. Les résultats me portent à conclure qu'en présence d'une plaie rebelle aux traitements classiques depuis un temps prolongé, il y a lieu d'essayer le traitement par la lumière et la chaleur électriques, sans oublier toutefois que ce procédé nécessite beaucoup d'attention, de tact et de prudence, sous peine d'aggravation de la lésion traitée.

D'autre part, ces résultats me paraissent devoir être rapprochés de ceux ohtenus par Rivière, par Mahar, à l'aide de la haute fréquence et de ceux obtenus par Kéating-Hart, à l'aide de l'étincelle de haute tension et de basse intensité sur les ulcères variqueux; en sorte que je ne serais pas éloigné de conclure que l'électricité sous différentes modalités pourrait hien être le meilleur agent de cicatrition des plaies rehelles à la pharmacopée actuelle.

# Auscultation sus-pubienne de la Vessie

COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC

Par le Docteur H. REYNÈS

Ayant eu à examiner nn malade très rétréci n° 9 ou 10, chez lequel je soupçonuai une pierre, j'ai eu, avec une hougie en gomme à hout olivaire, la sensation *tactile* de la pierre; mais je ne pouvais percevoir la *sensation sonore* du choc pierreux, à laquelle tous les auteurs attachent une haute importance. J'ai introduit, sans plus de succès, une fine bougie de Guyon armée d'une houle olivaire n° 9 en métal : mes doigts sentaient le frottement pierreux : mais il était impossible d'entendre le moindre son.

J'ai eu alors l'idée d'ausculter la vessie, sur la paroi abdominale, directement audessus du pubis, avec l'oreille, ou le stéthoscope, pendant que ma main droite agitait, dans la vessie, la petite bougie à houle métallique. J'ai eu alors très nettement les sensations sonores de frottement et de contact pierreux.

Le malade étant entré dans mon service à l'Hotel-Dieu, cette auscultation — que je crois nouvelle — a été pratiquée par M. le professeur Boinet, M. le Dr Fiolle, M. l'interne Bertrand et les élèves du service. M. Boinet a essayé cette auscultation avec le phonendoscope qui a amplifié les phénomènes de perception sonore.

J'ai fait au malade nne urétrotomie interne, à la suite de laquelle nous avons pu passer dans la vessie un explorateur, de calibre ordinaire, à résonnateur. Même

avec cet instrument, nous n'avons pas pu arriver à *entendre* le choc de la pierre. Les doigts sentaient seulement le frottement.

En auscultant la vessie, tandis que l'explorateur métallique choquait la pierre, nous avons très nettement *entendu* le choc caractéristique.

Cette auscultation nous a même permis de préciser des probabilités sur la nature de la pierre, comme on peut le faire souvent quand le choc des explorateurs sur la pierre peut s'entendre par l'extérieur.

En effet, l'auscultation révélait non pas un bruit de choc, net, clair, sec, mais plutôt un frottement râpeux, comme le remarquait M. Boinet.

De ces renseignements tirés de l'auscultation, nous avons pu conclure que la pierre était très probablement molle, et recouverte d'une crasse phosphatique, très peu génératrice de vibrations.

C'est, en effet, ce que nous avons vérifié par la taille hypogastrique, pratiquée en une minute et demie, sitôt après l'urétrotomie interne.

Donc, dans les cas où on ne peut avoir, par les moyens ordinaires d'exploration clinique rapide, la perception sonore de l'exploration des calculs, l'auscultation sus-pubienne de la vessie, pratiquée sur la paroi abdominale, au-dessus du pubis, permet d'avoir cette perception sonore; elle rend possible l'affirmation de l'existence de la pierre et donne des renseignements sur sa nature probable.

En l'état actuel de mes recherches, je crois que ce mode d'auscultation de la vessie vraiment intéressant est nouveau; il m'appartiendra si aucune protestation de priorité n'est formulée; en tous cas, je ne l'ai vu mentionné nulle part; je n'en ai jamais entendu parler.

---

*LA MÉDICATION HYDROMINÉRALE*

# Les Eaux de Lamalou

## EN INJECTIONS HYPODERMIQUES

**(Nouvelle méthode de Traitement)**

Par le Docteur CAUVY (de Lamalou)

Après les succès dûs à l'emploi des serums artificiels et de l'eau de mer, quelques médecins ont essayé ces derniers temps, les injections d'eaux minérales, soit à l'état naturel, soit stérilisées et ramenées à l'isotonie.

Ce procédé encore récent a paru donner des résultats si appréciables qu'il deviendra sans doute, dans l'avenir, un mode de traitement nouveau dans les stations thermales.

Jusqu'ici il n'existe, à notre connaissance, aucun travail de ce genre concernant les Eaux de Lamalou. Nous pensons donc faire œuvre utile en publiant les résultats de nos premières expériences avec les Eaux de cette station employées en injections hypodermiques ou intramusculaires.

Ces expériences nous ont été suggérées par ce fait que les Eaux de Lamalou contiennent les mêmes éléments que l'on retrouve, les uns en assez grande quantité, d'autres qualitativement, dans le sang ou dans les tissus : chlorures, sulfates, carbonates ou bicarbonates, calcium, fer, phosphates (etc.). Les professeurs Moitessier, Willm et Béchamp y ont même décelé la présence de l'arsenic, du cuivre, du cobalt, du nickel, du plomb (etc.).

Mais, ce n'est point seulement par leur complexité chimique que ces eaux peuvent légitimer leur désignation de serum-naturel. Elles le doivent aussi à leurs propriétés physiques telles que l'état électrique, l'ionisation, l'état colloïdal des métaux et la radio-activité qui jouent dans leur action un rôle extrêmement important.

On pourra dire que beaucoup d'eaux minérales présentent, à quelque chose près, les mêmes propriétés. Sans doute! Aussi, des expérimentateurs distingués tels que Fleig, Trémolières, Billard, Ferreyroles, etc., ont-ils démontré que toutes les eaux minérales, peuvent être injectées, sous certaines réserves. Mais il est un point qu'il ne faut pas perdre de vue; c'est que l'action physiologique et l'indication thérapeutique ne peuvent pas être déduites de la présence d'un ou de plusieurs de ces éléments chimiques prédominants. La proportion dans laquelle ces éléments y sont contenus, la pression osmotique, la tension électrique, ont aussi beaucoup d'importance dans la détermination de leur action curative.

Par conséquent, en considérant les effets produits par les Eaux de *Lamalou* sous forme de bains, douches, ou en boisson, effets que la chimie ne suffit pas à expliquer, il était permis de penser *a priori* qu'en les injectant dans la profondeur des tissus, on pourrait utiliser, sous une petite forme, « ce tout complexe » qu'est une Eau Minérale et augmenter ainsi le pouvoir leucocytaire, modifier le terrain d'une manière heureuse, stimuler surtout l'action défensive de la cellule, en un mot accroître les fonctions vitales.

Le début de nos premières expériences remonte à la fin du mois de septembre 1909. Elles ont été faites avec des eaux utilisées immédiatement après leur sortie du griffon. Nous nous sommes placé pour cela dans les conditions d'asepsie les plus rigoureuses, d'abord pour les recueillir toute « vivantes » et ensuite pour les injecter aussi « pures » que possible, à leur état naturel de sorte qu'elles ont été employées avec tout leur équilibre physique et leur maximum dynamique.

Nos expériences ont été faites sur trois ataxiques, une polynévrite, une paralysie spinale infantile, deux neurasthéniques déprimés dont quelques-uns étaient atteints d'atonie gastro-intestinale.

Nous avons constaté :

1° Que l'injection était, sinon indolore, du moins n'était pas plus douloureuse qu'une injection ordinaire d'eau de mer ou de sérum physiologique et que la légère sensation de picotement éprouvée était seulement le fait de la distension des tissus par le liquide injecté;

2° Que l'injection de cette même eau filtrée ou ramenée à l'isotonie rigoureuse ne paraissait nullement se différencier de la première;

3° Qu'il ne se produisait point de réaction locale et que le liquide était admirablement absorbé.

Les injections ont été pratiquées dans la peau de l'abdomen et dans la région fessière. C'est en arrière du grand trochanter que paraît être le lieu d'élection. Là on peut planter l'aiguille très profondément en plein tissu musculaire, mais il faut avoir soin de faire pénétrer le liquide aussi lentement que possible (1).

Nous avons commencé par injecter de petites doses de 10 centimètres cubes en augmentant progressivement de 10 centimètres cubes tous les jours, jusqu'à 50, 60 cent. cubes et au delà mais à ces dernières doses nous avons remarqué chez des malades une légère excitation de l'état général, sans poussée fébrile, d'une durée de une heure et demie environ.

Cette excitation, plutôt de bonne augure, ne peut être expliquée que par la leucocytose abondante qui se produit. Du reste, bien que les injections aient été pratiquées vers 5 heures de l'après-midi, le sommeil a été normal et le lendemain ces mêmes malades accusaient non seulement une sensation de bien être général mais un surcroît de force et d'activité auquel ils n'étaient guère habitués depuis longtemps.

Nous ne pouvons dans un article aussi restreint entrer dans toute la technique suivie ni dans l'analyse des symptômes observés. Ce sont là des points encore à l'étude que nous poursuivons chez l'homme et chez les animaux.

D'ores et déjà nous pouvons affirmer que les injections d'Eaux minérales de Lamalou ont une action tonique sur l'état général, action qui se manifeste au dynamomètre par une augmentation de la pression et par une lassitude moins grande à l'occasion de la marche chez ceux qui présentent des troubles du mouvement. Il y a là une action dynamique qui est plus manifeste avec les eaux prises au griffon et par conséquent utilisées sur place qu'avec les eaux transportées, ce qui paraît confirmer une fois de plus l'idée que les eaux minérales doivent leur action à leurs propriétés physiques autant qu'à leurs propriétés chimiques.

Il se produit aussi une augmentation assez sensible de la sécrétion rénale et dans le même ordre d'idées le péristaltisme intestinal a été influencé et heureusement modifié. Ces effets sont d'autant plus appréciables que nous les avons vu se produire même chez des médullaires atteints d'oligurie et d'atonie intestinale rebelle.

Il est déjà facile de prévoir le service que cette nouvelle thérapeutique peut rendre dans les affections tributaires de Lamalou, surtout si l'on considère qu'elle peut être appliquée même à des malades dont les voies digestives supportent mal les eaux en boisson.

Les injections hypodermiques ou intra musculaires ne remplaceront point le traitement externe (bains, douches, etc.), qui ont fait le succès de cette station, mais dans beaucoup de cas et notamment dans les cas

(1) Dans certains cas il peut y avoir avantage à faire l'injection dans le voisinage de l'angle de l'omoplate droite et nous nous proposons d'exposer ultérieurement les motifs qui plaident en faveur de cette dernière région.

graves, elles peuvent devenir un auxiliaire très utile.

Il est à souhaiter que de nouvelles expériences dont nous poursuivons toujours l'étude consacrent l'usage de ce nouveau traitement à Lamalou où, plus que partout ailleurs peut-être, il parait indiqué.

---

# Analyse physique des Peptones

Par L. LEMATTE

— Docteur en Pharmacie —

Dans cette étude nous désirons faire remarquer l'imperfection des procédés chimiques appliqués à l'analyse du contenu gastrique et les avantages que la physiologie peut retirer de la chimie-physique.

Actuellement, l'analyse du contenu gastrique, extrait après le repas d'épreuve, consiste principalement à doser l'acide chlorhydrique sous différents états : libre, combiné aux matières albuminoïdes et combiné aux bases.

La méthode que nous avons étudiée (1) donne des résultats respectant le statisme du liquide d'épreuve. Elle évalue l'acidité et les groupements chlorés par des procédés qui, je crois, donnent des chiffres exacts.

Meunier a complété l'analyse en évaluant la quantité de sucre provenant de l'hydrolyse des amylacés. Mette et Linossier dosent la pepsine. Nous ne connaissons pas un biologiste qui a cherché une methode de dosage des peptones. Ces corps représentent la partie assimilable du contenu gastrique et leur dosage peut donner une idée exacte du travail utile effectué par l'organe.

Une analyse complète du suc gastrique d'épreuve permet de caractériser les corps suivants dans certains cas pathologiques :

- A) Matières minérales
  - eau
  - acides
    - physiologique : acide chlorhydrique.
    - pathologiques : lactique. acétique. butyrique.
  - sels : chlorures, phosphates, sulfates
- B) Matières organiques
  - ferments : pepsine, lab
  - albuminoïdes solubles : peptones

Biologiquement, on peut diviser ces substances en trois classes :

1° Les corps qui créent le milieu (eau, acides, sels);

2° Les corps qui dissocient l'albuminoïde (ferments);

3° Les corps qui résultent du travail (peptones).

On s'est efforcé d'évaluer les matières minérales en négligeant le dosage des corps du 2e et du 3e groupe.

La chimie biologique traite trop brutalement les corps élaborés au sein de l'organisme à 37°. Ils sont évaporés, calcinés, additionnés d'acides ou de bases fortes. Lorsqu'on a ainsi détruit tout l'édifice moléculaire, on essaye de réunir les résultats obtenus et on annonce que l'urine ou le suc gastrique contenait $x$ grammes de sulfates ou de chlorures. Les molécules qui renferment du soufre ou du chlore sont complexes et l'analyse chimique donne peu de renseignements sur la nature des groupements organiques.

Les procédés de l'analyse physique sont plus respectueux du statisme des liquides physiologiques. Ils permettent de calculer la densité, la déviation polarimétrique, l'indice de réfraction sans altérer la composition des humeurs. Lorsque nous aurons déterminé les constantes physiques de chacun des composants du suc gastrique, nous pourrons analyser le suc sans toucher à sa composition intime.

Dans ce travail, nous avons déterminé quelques constantes physiques des peptones avec le réfractomètre, le cryoscope et la balance hydrostatique.

*Réfractométrie.* — Lorsqu'un rayon lumineux passe de l'air dans le liquide à analyser il est dévié de la normale. Le sinus de l'angle d'incidence est relié au sinus de l'angle de réfraction par l'équation

$$\frac{\sin. i}{\sin. r} = n$$

L'indice $n$ varie avec la composition du liquide, et, pour une même substance dissoute, il varie avec la concentration de la solution.

*Cryoscopie.* — L'abaissement du point de congélation $\Delta$ permet de calculer le poids moléculaire et la concentration du liquide.

*Densité.* — La densité est fonction de la masse des substances dissoutes. Avec ces trois valeurs, on peut identifier un corps.

Pour avoir une idée de la différence entre le dosé chimique et le dosé physique prenons un exemple.

Soit un suc gastrique dont le chlore total est T. Cherchons l'indice de réfraction (1) et le point cryoscopique qui correspondent à cette valeur. D'autre part, déterminons directement ces constantes sur le suc gastrique. On obtient deux chiffres dont les grandeurs différentes soulignent l'écart considérable entre le dosé et le non-dosé.

| Valeurs de T en milligr. d'HCl % | RÉFRACTION DEGRÉS | | | CRYOSCOPIE EN MILLIÈMES DE DEGRÉ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Théoriques | Trouvés | Différence | Théorique | Trouvé | Différence |
| 338 | 2 | 26 | 24 | 364 | 545 | 154 |
| 394 | 2,35 | 22,2 | 19,85 | 421 | 590 | 169 |
| 223 | 1,03 | 23,5 | 22,47 | 238 | 415 | 177 |

Les phosphates, les sulfates et les chlorures qu'on rencontre dans le suc ont des poids moléculaires qui relativement ne sont pas élevés. Leurs masses influencent peu la réfraction. Au contraire, les albuminoïdes, dont la molécule est très grosse, ont une action marquée sur les constantes physiques. Déterminons la part qu'il faut accorder aux peptones dans les mesures physiques du contenu gastrique.

*Constantes physiques des peptones.* — Nous avons étudié les peptones trypsiques avant les peptones pepsiques. Ce choix est justifié parce que la solubilisation des albuminoïdes se fait sans aucune addition d'acide ou de sels qui, en se combinant à la molécule, faussent les résultats. Quand nous saurons analyser par la physique une peptone trypsique, nous doserons une peptone pepsique en tenant compte de l'acidité du milieu. On pourra alors établir pour ces dernières les constantes nécessaires.

Si on attaque la fibrine par l'extrait pancréatique on peut suivre au réfractomètre la dissociation. L'indice augmente de plus en plus jusqu'à une certaine limite. L'action de la trypsine est plus énergique que celle de la pepsine. La digestion trypsique conduit la désintégration de l'albuminoïde jusqu'à la formation de la tyrosine et de la leucine, qui ne sont plus des substances albuminoïdes.

Comme repères, on a appelé *protéoses* les albuminoïdes solubles non coagulables, et précipitables de leurs solutions à chaud par le sulfate d'ammoniaque.

On réserve le nom de *peptones vraies* aux albuminoïdes solubles qui restent dans la liqueur. Pour laisser à cette étude un caractère pratique, on a étudié le mélange de protéoses et de peptones vraies produit par l'action de la trypsine avant l'apparition de la leucine et de la tyrosine.

Nous avons déterminé le titre exact des solutions par évaporation dans le vide jusqu'à poids constant.

Cette expérience nous a permis de faire des solutions contenant exactement, en grammes, les quantités de peptones indiquées dans le tableau.

*Composition chimique de ces peptones*

Teneur en azote : 100 grammes de peptones contiennent 16 gr. 800 d'azote.

Teneur en chlore total évalué en HCl : 100 gr. de peptones contiennent 0 gr. 756 de chlore total en HCl.

*Constantes physiques*

*Densité.* — Les densités ont été prises à la balance hydrostatique à 15°.

*Cryoscopie.* — Les points cryoscopiques ont été pris avec un thermomètre gradué au centième de degré. Chaque point cryoscopique a été établi en abaissant lentement la température, sans addition d'un cristal.

*Réfraction.* — Les indices ont été pris avec le réfractomètre à immersion de Zeiss, à + 17°5, température à laquelle a été gradué l'instrument.

| Peptones en grammes dans q. s. d'eau pour faire un volume de 100 c. c. | Point cryoscopique | Densité | Degré réfractométrique | Indices de réfraction |
|---|---|---|---|---|
| 0,909 | —0°110 | 1,00330 | 19,55 | 1,334954 |
| 1,428 | —0°175 | 1,00520 | 21,95 | 1,335880 |
| 1,666 | —0°200 | 1,00640 | 23,25 | 1,336377 |
| 2,000 | —0°240 | 1,007[illegible]0 | 24,85 | 1,336993 |
| 2,500 | —0°300 | 1,0092[illegible] | 27,30 | 1,337927 |
| 3,333 | —0°410 | 1,01215 | 31,40 | 1,339492 |
| 4,000 | —0°475 | 1,01450 | 34,60 | 1,340708 |
| 4,545 | —0°540 | 1,01660 | 37,40 | 1,341768 |
| 5,000 | —0°605 | 1,01810 | 39,55 | 1,342579 |
| 5,882 | —0°695 | 1,02140 | 43,90 | 1,344222 |
| 6,666 | —0°790 | 1,02415 | 47,75 | 1,345355 |
| 7,692 | —0°920 | 1,02790 | 52,75 | 1,3475175 |
| 8,333 | —0°995 | 1,03025 | 56,00 | 1,3487300 |
| 9,090 | —1°085 | 1,03295 | 59,75 | 1,3501175 |
| 10,000 | —1°190 | 1,03660 | 64,00 | 1,3516900 |

1° *Densité.* — On voit que la densité d'une solution de peptones trypsiques se calcule en ajoutant à la densité de l'eau les chiffres

(1) L. LEMATTE. — *Nouvelles recherches sur l'évaluation de l'acidité du suc gastrique* (Maloine, 1908).
L. LEMATTE (Congrès de Médecine, oct. 1907).

(1) Pour la facilité de la lecture, nous n'avons pas transformé les degrés de l'échelle du réfractomètre en indices.

obtenus en multipliant le nombre de grammes P dissous dans q. s. d'eau pour avoir 100 centimètres cubes, par la constante 0,003637.

$$D = 1 + P \times 0.003637$$

2° *Point cryoscopique.* — Le point cryoscopique d'une solution de peptones trypsiques s'obtient en multipliant le nombre P de grammes dissous dans q. s. d'eau pour avoir 100 centimètres cubes par la constante 0,119.

$$\Delta = P \times 0,119$$

3° *Réfraction.* — On peut dire que l'indice de réfraction n d'une solution de peptones trypsiques s'obtient en multipliant le nombre P de grammes dissous dans q. s. d'eau pour avoir 100 centimètres cubes par la constante 0,001869. Ce produit doit être ajouté à l'indice de réfraction de l'eau à 17°5.

$$n = P \times 0,001869 + 1,33320$$

Ces tables sont réversibles et permettent de calculer une des deux constantes quand on connaît la troisième.

## REVUE DU LABORATOIRE

**La recherche du sang dans les selles,** par le Dr H. Triboulet. (*Soc. de Pédiatrie*).

Supérieur au gaïac et à la benzidine, parce qu'évitant plus de causes d'erreur, le réactif à la phénolphtaléine permet de déceler des traces de sang d'origine digestive dans des selles *cliniquement insoupçonnables* :

*a*) Cas de purpura frustes, maladie de Barlow, quelques faits d'anémie digestive chez le nourrisson ;

*b*) Violentes réactions intestinales, d'allures ecchymotiques (4 faits d'entérocolite de grands enfants, avec syndrome de type appendiculaire) ;

*c*) Réactions intestinales variées, pour les toxi-infections de la pneumonie, de la rougeole, de la scarlatine et de la diphtérie toxiques. Décharges intestinales, comparables à celles de certaines urémies, aboutissant à la congestion de la muqueuse digestive, et à l'exsudation sanglante mêlée aux selles, et décelables seulement, dans bien des cas, par la réaction *rouge* de la phénophtaléine.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Arrêt et séjour prolongé du sulfate de radium dans les tissus vivants, pendant une durée excédant une année.** (*Soc. de Biol.*)

MM. Dominici et Faure-Beaulieu ont déjà démontré que le sulfate de radium introduit dans les tissus vivants, par injection, y persistait pendant une durée pouvant atteindre au moins soixante-sept jours.

Leurs nouvelles recherches leur ont démontré que le sulfate de radium insoluble pouvait persister dans l'organisme vivant pendant une période d'au moins une année et demie.

Ces injections furent inoffensives aux doses indiquées, ainsi qu'il ressort de l'observation d'animaux sur lesquels elles furent pratiquées depuis plus d'un an et demi.

Ce fait présente quelque intérêt en raison de la possibilité d'utiliser les sels de radium insolubles, en thérapeutique. En effet, des doses de sulfate de radium incapables de troubler l'état physiologique normal de l'homme semblent douées de propriétés thérapeutiques à en juger par les résultats obtenus par M. Dominici sur des tumeurs malignes, sur des adénopathies tuberculeuses, voire la tuberculose pulmonaire, dans une série de recherches pratiquées avec le Dr Goyon, dans le service du professeur Robin, pendant les années 1908-1909.

Toutefois, ces recherches sur les applications thérapeutiques des sels de radium insolubles doivent être multipliées, approfondies et contrôlées avant d'être soumises aux sociétés compétentes.

## REVUE D'UROLOGIE

**Les Hernies de la Vessie,** par M. le Dr E. Vincent, professeur de clinique chirurgicale (*Bull. méd. de l'Alg.*).

J'ai déjà eu l'occasion de vous présenter cette femme dans une séance de polyclinique du mercredi ; vous vous rappelez que nous avons porté le diagnostic de hernie crurale à contenu épiploïque ; l'intervention a montré qu'il s'agissait d'une hernie de la vessie à travers le canal crural. Je profiterai de cette circonstance pour vous entretenir des hernies de la vessie ou cystocèles, affection assez rare, qu'il faut néanmoins connaître ; ce n'est pas le peu de fréquence de cette maladie qui m'engage à l'étudier devant vous, mais j'estime que cette connaissance est indispensable. La cure radicale des hernies est à la portée de tous les praticiens qui peuvent la pratiquer partout, même en dehors des centres chirurgicaux ; pour éviter de commettre une faute grave lors de ces interventions, tout médecin doit savoir que la vessie aussi bien que l'intestin ou l'épiploon peut constituer la hernie et doit pouvoir reconnaître cet organe en faisant la dissection nécessaire pour rechercher le sac ; sinon il lui arrivera de l'ouvrir et de déterminer une infiltration d'urine dans les tissus, susceptible d'amener la mort s'il ne s'est pas aperçu assez tôt de cet accident et s'il n'a pas fait les sutures nécessaires pour refermer la vessie.

Cette mésaventure est arrivée à beaucoup de chirurgiens ; j'ai publié en 1898, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, un fait de ce genre sur lequel je reviendrai tout à l'heure ; je fis la résection d'une partie de la vessie croyant agir sur un sac herniaire ; je m'aperçus à temps de l'erreur et la section de l'organe me permit d'obtenir une guérison rapide.

Il faut donc connaître l'existence possible des cystocèles et y penser en opérant : c'est le meilleur moyen d'établir le diagnostic soit avant, soit pendant l'opération.

Voici tout d'abord l'observation de cette femme, telle qu'elle a été prise par M. Granger, interne de service. Elle a 33 ans et est mère de *six* enfants, circonstance favorable pour expliquer la pathogénie de sa lésion. Il y a deux ans que la malade, sans avoir jamais éprouvé aucune douleur, sentit pour la première fois et par surprise à la palpation, une grosseur du volume d'une noisette siégeant à la partie moyenne du pli de l'aine gauche. N'ayant pu la modifier et n'en éprouvant du reste aucune gêne, la malade continua à travailler, attribuant cette grosseur à de la fatigue ; cependant, elle put constater, quelque temps après, que son volume augmentait progressivement.

Le 28 juillet 1909, cette femme est prise de douleurs abdominales ; notre chef de clinique, M. le Dr Ferrari, appelé auprès d'elle, diagnostique une crise d'entéro-colite qui cède bientôt au traitement ; il constate en même temps la tumeur de l'aine de la grosseur d'un œuf ; à ce moment, la tumeur irréductible, peu douloureuse, était nettement fluctuante, à tel point que le Dr Ferrari pensa à une poche kystique et conseilla une opération. Mais appelé de nouveau quatre mois plus tard auprès de la malade, il note une diminution considérable du volume de la tumeur, une consistance moindre, une localisation plus nette ; c'est alors qu'il porte le diagnostic de hernie crurale lipomateuse. La malade entre dans le service de la clinique le 3 novembre dernier.

Cette femme nous apprend que sa tumeur, après avoir augmenté progressivement pendant dix-huit mois, a diminué depuis quatre mois environ, mais que jamais, malgré son observation journalière, il ne lui a été donné de constater un changement brusque du volume ; quant à la douleur, elle n'a jamais été spontanée ; seuls les gros efforts lui occasionnaient une sensation pénible de tiraillement s'irradiant de ce point vers la ligne médiane. Depuis plusieurs mois et actuellement encore, la malade accuse, au niveau de la vessie, une sensation de pesanteur qui ne cesse d'être pénible qu'après la miction ; aussi, pour se soulager, urine-t-elle 8 à 10 fois par jour ; la position couchée n'atténue pas cette sensation.

A l'examen, on sent dans le pli de l'aine gauche, un peu au-dessous de l'arcade crurale et à trois travers de doigt en dehors du pubis, une tumeur de la grosseur d'une noix, d'une consistance moyenne, un peu grenue à la surface, légèrement réductible, peu douloureuse à la pression et ne variant pas de volume sous l'influence des efforts de la malade ; nous portons le diagnostic de hernie crurale à sac recouvert d'un lipome et renfermant de l'épiploon.

L'intervention a eu lieu quelques jours après. Après incision de la peau et du tissu cellulaire, vous avez aperçu au fond de la plaie une épaisse couche de graisse, véritable lipome qui formait une tumeur en avant de la hernie ; après l'avoir dissocié, nous sommes arrivé, non pas sur le sac péritonéal que nous cherchions, mais sur une lame épaisse, charnue, d'aspect fibro-musculaire dont l'aspect et la consistance nous ont fait penser à la paroi vésicale ; en la suivant dans l'intérieur de l'abdomen, le doigt se portait sur la ligne médiane. Nous faisons introduire une sonde par l'urèthre et injecter 500 gr. de liquide ; la vessie ne manifesta aucune contraction, ce qui indiquait une capacité supérieure à la normale, mais sous l'action de la distension amenée par le liquide injecté, on sentait que la paroi vésicale herniée était attirée dans la cavité pelvienne.

La plaie a été suturée ; la réunion s'est faite dans les meilleures conditions et vous voyez aujourd'hui la malade guérie.

Nous nous sommes donc trouvé ici en présence d'une cystocèle crurale gauche ; on a pu rencontrer la vessie dans tous les trajets herniaires et on a pu décrire des cystocèles obturatrices, ischiatiques, périnéales et de la ligne blanche ; mais il s'agit le plus souvent de cystocèles inguinale ou crurale. La cystocèle inguinale est assez fréquente, puisque Berger donne la proportion d'une hernie de la vessie pour 200 hernies inguinales : la cystocèle crurale est infiniment plus rare. Morin, dans sa thèse de 1897, en citait 18 cas ; j'en ajoutai deux en 1898 ; Alessandri, en 1901, en réunissait en tout 23 cas ; c'est un de plus que nous permet de compter l'observation de la femme que je viens de vous présenter. Cela forme un maigre bilan qui vous permet de juger le peu de fréquence de la cystocèle crurale. Remarquez aussi que cette affection se rencontre presque toujours chez la femme ; c'est du reste une règle bien connue que les hernies crurales de toute nature sont bien plus nombreuses chez la femme que chez l'homme. Laissez-moi aussi appeler votre attention sur cette particularité que la statistique fait ressortir que le côté droit du corps est plus disposé aux hernies en général et aux hernies crurales en particulier. Legrand, dans sa thèse de 1896, a réuni treize cas de cystocèle crurale et chez tous ces malades, la hernie occupait exclusivement le côté droit ; il est assez singulier que dans les trois faits qui me sont personnels, la hernie vésicale se trouvait du côté gauche.

A l'état normal, la vessie est incomplètement recouverte par le péritoine ; il en résulte une disposition anatomique de la hernie tout à fait

différente suivant la partie de l'organe qui s'engage dans le trajet herniaire. Aussi doit-on admettre avec les classiques, l'existence de trois variétés de cystocèles qui ont été désignées par Jaboulay sous les noms de : 1° Cystocèle extrapéritonéale ; 2° Cystocèle parapéritonéale ; 3° Cystocèle intrapéritonéale ; les trois dessins figurés sur le tableau vous permettent de différencier facilement ces variétés. La variété *extrapéritonéale* est dépourvue de sac, elle est constituée par la face antérieure de la vessie qui normalement n'a pas de revêtement séreux ; c'est un cas de ce genre que nous avons en chez notre femme ; rappelez-vous qu'après l'incision des couches tégumentaires, nous sommes arrivé sur une masse lipomateuse précédant immédiatement la vessie sans le moindre sac péritonéal. La variété *parapéritonéale* est importante ; ici il y a un sac contenant ou non de l'intestin on de l'épiploon et accolé à ce sac, mais en debors de lui, se trouve la vessie. C'est en disséquant le sac pour l'isoler et le lier aussi haut que possible que l'opérateur rencontre, ordinairement en dans et en arrière, un tissu épais, charnu, qui s'isole mal; défiez-vous, songez à la vessie, vous êtes sur le point de l'ouvrir. C'est ce que j'ai fait dans un cas auquel je vous faisais allusion plus haut; c'était en 1895, à une époque où l'attention n'était guère appelée sur ces cystocèles: j'opérais un indigène âgé de 43 ans; au-dessous de la peau je trouvai une tumeur bibolée, jaunâtre, d'aspect graisseux accolée à un sac à parois très minces ; cette tumeur plongeait dans le canal inguinal dont j'eus beaucoup de peine à l'isoler ; il me fut alors possible d'apercevoir un sac vide qui fut pédiculisé et réséqué. Je reconnus alors un deuxième sac deux fois plus grand que le premier, à parois lisses et assez minces, ressemblant tout à fait à un sac herniaire vide ; il est attiré au dehors et réséqué. A ce moment, il s'écoule du liquide jaune-rouge qui, absorbé au moyen de coton hydrophile, se reproduit instantanément ; on pense d'abord à du liquide péritonéal, mais comme il vient en assez grande abondance, on songe à de l'urine ; une sonde introduite par l'urèthre dans la vessie apparaît à la partie inférieure ouverte de l'abdomen. La vessie était donc sectionnée sur une large surface et un lambeau représentant le 1/3 ou le 1/4 de l'organe avait été abrasé ; la réunion primitive se fit après suture des parois vésicales. J'avais cru à l'existence de deux sacs péritonéaux dont l'un était déshabité ; en réalité, il n'en existait qu'un seul qui formait la tumeur principale coiffée d'un amas graisseux ; ce qui paraissait être le second sac, était la vessie elle-même dont les parois étaient amincies. Cet exemple vous montre combien il faut être prudent dès que l'on constate quoi que ce soit d'anormal dans la cure radicale des hernies.

La troisième variété, la cystocèle *intrapéritonéale*, est moins sujette à des méprises ; la disposition est celle d'une hernie ordinaire ; au milieu d'anses ou d'épiploon, on aperçoit une portion du globe vésical tapissé d'un revêtement péritonéal.

Je ne veux pas abandonner la partie anatomique de la cystocèle, sans appeler votre attention sur les modifications subies par la paroi vésicale ; celle-ci conserve parfois son aspect naturel, d'autres fois, comme dans l'exemple que je vous ai cité, elle s'amincit au point qu'il est difficile de la reconnaître. Cette disposition était des plus marquées chez une femme de 35 ans à qui, dans une cure radicale de hernie crurale, je fis une déchirure de la vessie; la relation de ce fait vous montrera qu'il ne pouvait en être autrement. Cette femme souffrait beaucoup d'une hernie irréductible, grosse comme une noix, située au niveau de l'anneau crural gauche ; en l'opérant, j'arrivai sur le sac ; celui-ci ouvert, je réséquai un gros morceau d'épiploon ; la dissection du sac se fait facilement ; en le relevant, au niveau de l'anneau, pour prolonger la dissection vers le baut, j'aperçois une membrane mince comme une pellicule d'oignon, adhérente au sac ; elle est formée de plusieurs parties très ténues séparées par les portions de tissu plus épais ; sous l'influence des tractions exercées sur le sac, elle se déchire. Je dis à mes assistants qu'il s'agit sans doute de la vessie amincie, d'autant plus qu'au dedans du sac, auquel elle adhère, se trouve du tissu graisseux formant une masse assez épaisse dans laquelle se voient des tractus ressemblant à des fibres musculaires. J'agrandis cette déchirure de façon à la traverser avec le doigt qui descend derrière le pubis ; une sonde introduite par l'urèthre prend contact avec ce doigt. J'essaie, en tendant la mince paroi vésicale, de trouver un plan déclive pour la séparer des parties voisines et arriver sur des tissus plus épais de façon à la suturer, mais les adhérences empêchent tout travail d'isolement ; les sutures ne tenant pas en raison de la minceur de la membrane, je fais la ligature du sac, place un pansement compressif et une sonde à demeure ; la fermeture de l'ouverture vésicale se fit par bourgeonnement sans incident.

Ces exemples vous laisseront le souvenir des particularités déterminées par l'amincissement de certaines cystocèles et vous permettront d'éviter de commettre des erreurs préjudiciables à vos opérés.

Je n'insisterai pas longuement sur la *pathogénie* de la cystocèle ; il faut évidemment des modifications particulières de la vessie pour qu'elle abandonne sa place derrière le pubis et se mette en contact avec les orifices inguinaux ou cruraux ; on admet la nécessité d'une distension permanente lui permettant de s'étaler latéralement, la diminution de la contractilité du muscle vésical et l'effort s'exerçant pendant que la vessie est distendue ; ces conditions sont réalisées d'une façon différente chez l'homme et chez la femme. Chez le premier, elles le sont dans l'hypertrophie de la prostate qui précisément détermine la distension du réservoir urinaire, la parésie de ses fibres musculaires et exige de fortes contractions abdominales pour le vider de son contenu et le plus souvent d'une manière incomplète. Chez la femme, la cystocèle est moins fréquente en raison de l'absence du prostatisme ; d'autres conditions spéciales y suppléent et plus particulièrement la grossesse répétée qui gêne la miction par pression sur l'urèthre, comprime et étale le globe vésical distendu au-devant des orifices inguinaux ou cruraux et tend à l'engager dans l'un de ces orifices.

Je vous ai déjà laissé entrevoir les difficultés du diagnostic de la cystocèle avant et pendant l'opération.

Jaboulay rapporte que sur 175 cas de cystocèle cités par Alessandri, le diagnostic a été fait : 5 fois avant l'opération; 71 fois au cours de l'opération sans blessure de la vessie; 23 fois il n'a pas été fait pendant l'opération. On peut dire cependant qu'on reconnaîtrait cette affection plus fréquemment, si l'on y pensait toujours dans les cas de hernies ; il faut y songer chaque fois que la hernie est douloureuse et irréductible. Parfois il existe certains symptômes dont l'importance devient prédominante ; ainsi la diminution de volume de la hernie pendant la miction, l'évacuation de l'urine par pression sur la tumeur, la miction en deux temps correspondant à l'évacuation successive de la vessie d'abord, puis de la poche herniée. Une de mes malades m'a signalé l'existence de crises douloureuses pendant lesquelles elle urinait avec difficulté ; dans ces périodes de crises, elle percevait de temps à autre dans la tumeur à la fin de la miction un bruit de « glouglou » et à ce moment la douleur devenait beaucoup plus vive.

D'une manière générale, il est indiqué d'opérer les cystocèles ; l'intervention ne diffère pas des procédés de la cure radicale des hernies bien que parfois il soit nécessaire de prolonger vers le haut l'incision des parois de l'abdomen ; dans les cas où l'on ouvre la vessie par erreur, il faut faire une suture soignée et placer une sonde à demeure.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Hygiène et soins de la bouche chez les syphilitiques**, par G. Boutin (*Journ. de Méd. interne*).

Aucune affection plus que la syphilis n'exige un parfait état de l'appareil dentaire et de la muqueuse buccale.

Dès le début de la syphilis jusqu'à une époque avancée de l'infection, la bouche est menacée. Cette menace est d'autant plus grande que l'état de la cavité buccale est plus mauvais ; les plaques muqueuses et la leucoplasie persistent ou récidivent surtout aux points où un fragment de dent vient irriter la muqueuse ; les stomatites n'apparaissent guère que lorsque l'appareil dentaire est défectueux.

Il va s'établir chez le syphilitique une véritable exsudation suppurative constante à la surface des syphilides papulo-érosives des muqueuses. La résistance de ces muqueuses va être diminuée par l'absorption du mercure. Sous cette même influence, les leucocytes vont perdre de leur vitalité et les nombreux microbes de la cavité buccale pourront triompher de leur résistance.

Aussi, dès que le diagnostic de syphilis aura été posé, avant même d'instituer le traitement mercuriel, il faudra que la bouche du malade soit mise en état favorable.

Le simple brossage des dents est tout à fait insuffisant. La lutte préventive pour limiter le nombre et l'intensité des phénomènes buccaux doit être complète ; elle comprendra la suppression des irritations buccales de cause externe, l'ablation des dépôts et enduits dentaires, l'extraction des racines, l'obturation des dents malades, et le nivellement, l'arrondissement de tout angle ou épine résultant d'une ancienne obturation.

Le syphilitique doit éviter tout ce qui provoque et entretient *de l'irritation* sur la muqueuse buccale. Il ne fera pas usage de tabac ; il s'abstiendra de boissons alcooliques et d'aliments épicés.

Les dents découronnées, les racines sont nuisibles : leurs bords rugueux irritent les muqueuses, leur tissu nécrosé est le siège d'une infection qui ne demande qu'à s'étendre. Creusées en cavité, elles sont un réceptacle de débris alimentaires. Aussi est-il indispensable d'enlever toutes les racines.

C'est pour les mêmes raisons qu'il faut obturer les dents cariées, en ayant soin que ces obturations soient parfaitement polies et qu'elles ne puissent retenir à des rugosités des débris alimentaires ou des dépôts salivaires. S'il existe des obturations anciennes, on devra les polir également. Tous les angles aigus, toutes les épines, vestige de cassures ou de carie, devront être abrasés, arrondis à la meule, de façon à ne produire aucune érosion des muqueuses.

Enfin, et il faut insister sur ce point car il est le plus méconnu et le plus important : on devra procéder à l'ablation de tous les dépôts dentaires. C'est pour y insister que nous n'en parlons qu'après les opérations précédentes ; mais, dans la pratique, elle devra toujours précéder l'obturation des cavités dentaires. On divise les dépôts dentaires en trois classes : le tartre salivaire, le tartre sérique et les enduits.

Le tartre salivaire, comme son nom l'indique, est d'origine salivaire. Il est formé par la précipitation de sels de la salive, sous l'influence des micro-organismes contenus dans la cavité buccale.

La couleur du tartre salivaire varie du gris jaune au noir. S'il est de formation rapide et récente, il se présente sous la forme d'une masse

granuleuse et molle. S'il est épais, dur et pierreux, c'est que son séjour dans la bouche est d'une durée plus longue.

Le tartre sérique diffère du tartre salivaire. Ce dernier se forme sur les proportions de la dent non recouvertes de gencive, et n'envahit la racine que par son extension et en détruisant la gencive ; le tartre sérique, au contraire, se forme sur la racine de la dent, ou sur la partie du collet recouverte de gencive.

La cause de sa formation, différente de celle du tartre salivaire, tient à l'augmentation de la quantité d'oxydation et une diminution de l'alcalinité dans l'articulation des dents. Ces circonstances amènent la précipitation et le dépôt de corps de la série xanthique.

Tandis que le tartre salivaire peut atteindre des dimensions énormes, les dépôts de tartre sérique sont au contraire peu volumineux. Par contre, l'irritation qu'ils produisent est très grande et il est impossible que des gencives restent saines en s'en recouvrant.

Sous le nom d'enduits, on comprend les taches plus ou moins épaisses, de coloration verte ou brunâtre, et se formant avec plus d'intensité près des gencives. Leur origine n'est pas établie en toute certitude.

L'enduit tabagique diffère des autres. Sa couleur est noire foncée, d'un noir de jais. Il n'empiète jamais sur la gencive et n'irrite pas les tissus péridentaires.

Nous n'insisterons pas sur la technique de l'ablation des dépôts dentaires. Nous dirons seulement que le tartre sera enlevé par un jeu d'instruments, sortes de grattoirs, et que les enduits disparaîtront sous l'action de brosses montées sur le tour et imprégnées de pierre ponce humectée d'eau oxygénée ou de teinture d'iode. Aucune face des dents ne devra être négligée. Toutes devront recevoir les mêmes soins minutieux.

La bouche mise en état, le malade devra continuer sur elle. Il devra, le matin et surtout le soir, et après les repas si possible, procéder à des lavages buccaux, se brosser les dents et les gencives.

Les lavages ont un double but : pratiquer l'antisepsie de la bouche et assurer l'alcalinité des liquides buccaux.

L'eau oxygénée (1 partie pour 4 d'eau) est excellente ; mais son usage ne devra pas être trop prolongé. L'acide thymique (4 pour 1.000) donnera les meilleurs résultats. Ces lavages antiseptiques devront être suivis de lavages alcalins avec de l'eau de Vichy ou de l'eau de Vals ; ou plus simplement avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude...... | 0 gr. 50 |
| Eau bouillie............. | 100 grammes. |

Pour le brossage des dents et des gencives, nous conseillons de se servir d'une brosse dure que l'on imprégnera d'une des solutions ci-dessus et que l'on chargera d'un peu de la poudre suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse........ | 15 grammes. |
| Craie préparée........... | 5 — |
| Magnésie anglaise......... | 5 — |
| Pierre ponce finement porphyrisée............... | 5 — |
| Essence d· menthe........ | Quelq. gout. |

De temps à autre, une fois toutes les semaines environ, il sera bon que le malade se savonne les dents et les gencives.

Il se servira de savon blanc ordinaire, dit de Marseille.

D'une manière générale, le malade devra éviter l'emploi de préparations au sublimé ou au salol qui produisent de fréquentes irritations ou de toutes solutions, pâte, poudre ou savon spécialisés dont il ignorera la composition.

La bouche ayant été mise en état par le stomatologiste et le malade continuant à lui donner de minutieux soins quotidiens, il sera bien rare que la stomatite apparaisse. Mais si elle apparaissait, il faudrait immédiatement cesser le traitement mercuriel, faire l'antisepsie rigoureuse de la cavité buccale et calmer les douleurs. On fera alternativement des lavages avec :

| | |
|---|---|
| Eau oxygénée médicale pure à 12 vol............... | 20 grammes. |
| Eau bouillie............. | 20 — |

Et avec :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse........ | 10 grammes. |
| Laudanum de Sydenham... | 1 — |
| Infusion de feuilles de rose. | 100 — |

A employer à la température de 40° environ.

Puis, dès que les phénomènes douloureux auront cessé, il faudra vérifier l'existence ou la non-existence du tartre, de chicots, etc., et faire le nécessaire.

Ensuite, on fera des attouchements astringents avec de la teinture d'iode fraîche et des rinçages avec la préparation suivante, dont la formule est due à Lassar, et dont on mélange une cuillerée à un verre d'eau :

| | |
|---|---|
| Liqueur d'acétate d'alumine. | 300 grammes. |
| Extrait de menthe poivrée.. | 3 — |

En même temps, il faudra aider à la solubilisation du mercure, en prescrivant au malade l'absorption par le tube digestif d'eau sulfureuse qui formera avec le mercure tenu en réserve par l'organisme, des composés sulfo-mercuriels solubles qui s'élimineront par les glandes de la bouche. L'eau d'Uriage à la dose d'un grand verre matin et soir donne d'excellents résultats.

On voit par cette courte étude l'importance du bon état de la bouche dans l'évolution et le traitement de la syphilis.

**Traitement des vaginites chroniques,** par le Dr Doléris (*La Gynecologie*).

Dans la vaginite chronique d'origine blennorrhagique, la *gonococcite chronique*, il faudra poursuivre et détruire l'infection du vagin au moyen de tamponnements bien faits, pour attaquer la métrite dès que le traitement du vagin aura amené une désinfection certaine.

Le même raisonnement thérapeutique est applicable aux infections vulvaires, urétrales, vestibulaires, qui veulent être traitées et guéries préalablement, si l'on entend faire œuvre utile et durable. Les cautérisations des orifices glandulaires, les moyens habituels contre la vulvite chronique et, en particulier, contre le trachome vestibulaire et contre les caroncules ou végétations du méat urétral, sont assez connus pour ne pas y insister ici.

De sorte que, en résumé, le traitement de cette forme spéciale de vaginite repose entièrement sur les trois éléments suivants :

1° Guérison de la métrite ou de la vulvite spécifique ;

2° Injections au permanganate biquotidiennes ;

3° Maintien dans le vagin d'un tampon enduit d'une pommade isolante et antiseptique, dans l'intervalle des injections.

Ces tampons seront longs, cylindriques, assez volumineux pour que, une fois en place, la muqueuse vaginale déplissée, étalée, subisse, par tous les points de sa surface, le contact de la pommade médicamenteuse :

La formule de la pommade peut varier beaucoup.

L'auteur emploie de préférence les deux formules suivantes :

| | |
|---|---|
| 1. Dermatol............... | 5 grammes. |
| Iodoforme,............. | 5 — |
| Vaseline............... | 20 — |
| 2. Benjoin................ | 5 grammes. |
| Camphre................ | 5 — |
| Cubebe................. | 5 — |
| Vaseline............... | 25 — |

La première est plus irritante que la seconde et doit être remplacée par celle-ci, s'il se produit de la rougeur et de la cuisson.

Lorsqu'il s'agit de la période terminale de l'infection gonococcienne, le traitement ci-dessus se montre généralement très efficace, et son action est rapide.

Dans les formes *saprophytiques* franches de la vaginite chronique et dans la vaginite gazeuse, lorsqu'il suffit de faire disparaître une affection ancienne entretenue par le défaut d'hygiène, le séjour d'un pessaire, une colpocèle avec lacération périnéale, etc., les injections à l'eau oxygénée et à l'acide phénique agissent très favorablement. Elles tuent rapidement les anaérobies à production fétide, et font disparaître la fétidité elle-même.

Les injections sont composées de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Eau oxygénée............ | 250 grammes. |
| Solution phéniquée à 1 0/0. | 750 — |

Les injections de sublimé à 25 centigr. pour 1 litre pourront, de temps en temps, remplacer les précédentes.

Dans la vaginite *chronique exanthématique*, où la lésion herpétique se combine à l'infection par les saprophytes habituels du vagin, il faut s'abstenir absolument d'injections et de topiques irritants. Sous prétexte de désinfecter une muqueuse congestionnée, rouge, parfois excoriée, on abuse de l'emploi du sublimé, de l'acide phénique, de l'eau oxygénée, *qui n'ont rien à faire ici.* Toutes ces substances aggravent le mal et l'exaspèrent souvent, au point qu'une affection qui n'était qu'incommode et déplaisante, mais fort peu douloureuse, se convertit en une maladie insupportable par la cuisson intense et les écoulements abondants qu'elle provoque.

De nombreuses malades ont été ainsi traitées pendant de longs mois, n'obtenant de soulagement que lorsqu'elles interrompaient d'elles-mêmes les prescriptions, ou que le médecin les remplaçait par d'autres toutes différentes.

A ces vaginites, une méthode convient d'une façon quasi absolue et donne des résultats excellents en fort peu de temps. Elle est basée sur l'emploi de topiques très usités en dermatologie, la *teinture d'iode* et l'*oxyde de zinc*, auxquels on associe une substance très couramment employée comme agent résolutif et antiseptique léger, le *sous-acétate de plomb*.

On commence par oindre toute la muqueuse du vagin et, si nécessaire, de la vulve, au moyen d'un tampon imbibé de l'embrocation suivante :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode........... | 5 grammes. |
| Glycérine................. | 20 — |

Le tampon, bien imprégné, sera promené au moyen d'une pince dans la cavité vaginale et retiré au bout d'une minute ou deux.

Immédiatement après, on placera à demeure une mèche ou un tampon cylindrique recouvert largement de la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Oxyde de zinc............. | 10 grammes. |
| Vaseline.................. | 25 —. |

Cette pommade doit entrer en contact avec toutes les dépressions du conduit et recouvrir celui-ci d'un enduit continu.

Elle calme la cuisson, d'ailleurs légère et de courte durée que cause l'action de la glycérine iodée.

Le tampon bien tassé dans le vagin et muni d'un fil reste en place, douze heures les premiers jours, vingt-quatre heures ensuite.

A chaque fois que le tampon est retiré, la malade prend une injection avec :

| | |
|---|---|
| Eau blanche....... | 1 cuill. à entremets. |
| Eau bouillie........ | 1 litre. |

Les embrocations à la glycérine iodée seront répétées tous les deux ou trois jours seulement ; tandis que les tampons à la pommade d'oxyde de zinc seront employés journellement ainsi que les injections.

Des lavages de la vulve seront faits, par la malade, avec la solution d'eau blanche, après chaque miction. Elle aura soin de saupoudrer le vestibule et l'entrée du vagin avec de l'*oxyde* de finement pulvérisé.

La vaginite *granuleuse chronique de la grossesse* est une affection extrêmement rebelle. Elle mérite cependant toute la sollicitude des méde-

cins, surtout de l'accoucheur, à cause des sécrétions infectieuses qu'elle entretient et perpétue dans les voies génitales durant toute la gestation. Jusqu'au moment de l'accouchement, cela n'a pas grande importance ; mais alors, le danger de propagation de cette infection à l'utérus apparaît avec toutes ses conséquences.

Aussi y a-t-il un intérêt réel à modifier les liquides vaginaux dans le sens d'une stérilisation aussi complète que possible, alors même que le processus spécial à la vaginite granuleuse ou papillaire sera très susceptible d'amélioration.

Il n'est pas aisé d'impressionner profondément la muqueuse vaginale à l'aide des injections uniquement.

Les pommades, si efficaces contre les autres formes de la vaginite chronique, restent ici action ; ni l'oxyde de zinc, ni les composés iodé. n'agissent utilement. L'auteur n'a obtenu réellement de bons effets qu'avec un mélange de *trois quarts de lanoline et un quart d'onguent napolitain simple* porté dans le vagin pendant quelques heures, tous les jours, au moyen de tampons de gaze ou d'ouate.

Au bout de quelques jours, la sécrétion jaunâtre, crémeuse, devient plus fluide et de teinte blanchâtre.

On arrive, à la longue, à détruire la no des sécrétions pour l'utérus, à la condition d'entretenir cette antisepsie relative jusqu'au moment de l'accouchement. On savonnera fortement le vagin dès le commencement du travail et on usera d'injections au sublimé faible à partir de ce moment.

**Les applications de l'iode sur la peau et les muqueuses**, par le Dr André Lombard.

Révulsif, résolutif et antiseptique, l'iode est fréquemment employé en applications externes, tant pour avoir une action dérivative locale que pour avoir une action générale, facilement obtenue en raison de sa volatilité et de sa fusibilité.

Le coton iodé renferme 10 pour 100 d'iode ; appliqué sur la peau, il se décolore et l'iode vaporisé est absorbé sans irriter l'épiderme, si l'on n'a pas recouvert le coton d'une substance imperméable aux vapeurs iodées. On l'emploie comme révulsif dans les bronchites aiguës et chroniques.

La plus employée des préparations iodées est la solution alcoolique au dixième avec de l'alcool à 85° (Codex 1908) ; cette teinture d'iode est plus volatile et plus active que l'ancienne. On en fait des badigeonnages dans les bronchites aiguës et chroniques, dans la tuberculose pulmonaire ; dans les affections légères des articulations consécutives à un traumatisme ou d'origine bacillaire ou rhumatismale. Avec la teinture d'iode pure ou additionnée de glycérine en parties égales, ou touche les fongosités et les ulcérations consécutives à la gingivite occasionnée par des dépôts de tartre. On se sert aussi de ce topique contre les amygdalites lacunaires caséeuses, contre l'angine de Vincent, en badigeonnages biquotidiens et contre les angines chroniques diffuses. On la remplace parfois, dans ce cas, par un badigeonnage du pharynx tous les 3 ou 4 jours avec :

| | |
|---|---|
| Iode | 1 gr. |
| Iodure de potassium | 1 gr. |
| Eau | 20 gr. |

M. Lubet Barbon utilise aussi à cet effet le collutoire suivant :

| | |
|---|---|
| Iode métalloïdique | 0 gr. 20 |
| Iodure de potassium | 2 gr. |
| Menthol | 0 gr. 15 |
| Glycérine neutre | 30 gr. |

La teinture d'iode est très avantageusement utilisée pour stériliser les téguments avant une opération chirurgicale ; mais il importe que la peau ne soit soumise à aucun lavage préalable ; c'est un procédé de désinfection rapide, sûr et pratique.

La teinture d'iode vieille contient toujours de l'acide iodhydrique très irritant. M. Claret a proposé, pour obvier à cet inconvénient, la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Iode | 10 gr. |
| Alcool à 90° | 120 gr. |
| Borate de soude | 20 gr. |

qui, d'après le nouveau Codex, devrait renfermer 12 gr. d'iode et être préparée avec de l'alcool à 95°. Malgé tout, elle provoque souvent de pénibles démangeaisons et une exfoliation de la peau. M. Chassevant a en l'idée de remplacer l'alcool par le chloroforme ; on peut, d'après son exemple, avantageusement prescrire :

| | |
|---|---|
| Iode métalloïdique | 1 à 2 gr. |
| Chloroforme | 20 c. c. |

On fait aussi pénétrer l'iode à travers la peau par des frictions avec un vasogène iodé à 6 pour 100.

Les propriétés antiseptiques de l'iode ont été mises à profit par M. Gallois dans le traitement des furoncles et des anthrax ; il formule :

| | |
|---|---|
| Iode | 4 gr. |
| Acétone | 6 gr. |

Avec cette solution, conservée dans un flacon bouché à l'émeri, on badigeonne le ou les furoncles ; puis on les recouvre d'une compresse préalablement imbibée d'eau boriquée et exprimée, puis imbibée de glycérine boriquée au dixième, qu'on recouvre d'ouate non hydrophile. Ce pansement est renouvelé une ou deux fois par jour. La solution d'iodacétone s'emploie aussi contre les piqûres de moustiques (Glatard).

L'iode n'est, pour ainsi dire, pas soluble dans l'eau, sa solution est favorisée par l'addition d'alcool ou d'iodure de potassium ; on emploie dans les infections puerpérales des injections intra-utérines avec cette solution :

| | |
|---|---|
| Iode métalloïdique | 3 gr. |
| Iodure de potassium | 4 gr. |
| Eau stérilisée | 1 litre. |

ou celle plus forte, avec 4 gr. d'iode et 6 gr. d'iodure. Dans d'autres cas, on tasse dans l'utérus une mèche de gaze imbibée de :

| | |
|---|---|
| Iode métalloïdique | 4 gr. |
| Iodure de potassium | 4 gr. |
| Eau stérilisée | 100 gr. |

Après un curettage, on fait parfois une injection intra-utérine de teinture d'iode ; c'est aux gynécologues qu'il appartient d'en fixer les indications.

L'iode est souvent associé à d'autres substances ; en cas de chute progressive des cheveux avec œdème, dureté du cuir chevelu, on peut faire tous les 2 ou 3 jours une application de cette mixture :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode | 4 gr. |
| Glycérine | 25 gr. |
| Huile de cade | 10 gr. |

ou de cette pommade :

| | |
|---|---|
| Vaseline | 30 gr. |
| Iode | 1 gr. |
| Iodure de potassium | 2 gr. |

Contre les corps et les verrues, on applique le collodion :

| | |
|---|---|
| Iode | 0 gr. 15 |
| Iodure de potassium | 0 gr. 08 |
| Acide acétique cristallisable | 30 gr. |
| Collodion | 30 gr. |

Comme épilatoire, le Dr Butte recommande de badigeonner la surface velue avec :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode | 2 gr. 50 |
| Essence de térébenthine | 6 gr. |
| Huile de ricin | 8 gr. |
| Alcool | 48 gr. |
| Collodion | 100 gr. |

Quand on enlève le collodion, les poils y restent adhérents ; la pelade constitue quelquefois une indication pour l'emploi du collodion iodé. Dans la teigne tondante, on frictionnera le cuir chevelu tous les deux jours avec de la teinture d'iode étendue de quatre cinquièmes d'alcool à 60°.

La formule contenant de l'iode et de l'essence de térébenthine doit être préparée avec précaution, car elle produit un mélange détonant. De même, l'association de l'iode et de l'ammoniaque donne lieu à la formation d'iodure d'azote, composé explosif.

**Traitement de l'épilepsie**, par le Dr Mayet. (*Consul. médic. franç.* Poinat, éditeur.)

1° Hygiène générale surveillée, vie au grand air, travaux agricoles, existence calme avec le minimum de soucis et d'émotions, pas de fatigue physique exagérée, ni d'excès d'aucune sorte, fuir toute occasion d'intempérance, sexualité aussi réduite que possible.

2° Douche froide, en jet brisé, relativement courte (10 à 15 secondes) trois fois par semaine, si possible, ou tub froid le matin au réveil. Frictions sèches avec lanières de laine et de crin tissés. Frictions aromatiques.

3° Régime alimentaire à observer strictement. Il comprendra des aliments de digestion facile, aura le minimum de toxicité et sera surtout végétarien.

*Sont recommandés :* potages préparés au lait et au beurre frais, avec légumes cuits, en julienne, en purée ; crèmes d'orge, d'avoine, de riz, de maïs, de pois ; tapioca ; potages aux pâtes, à la semoule, au vermicelle ; potages aux herbes, à la laitue, à l'oseille ; légumes frais ; épinards, laitue, chicorée, bien cuits, hachés, tamisés ; endives ; haricots verts ; petits pois ; artichauts cuits ; carottes, navets, etc. ; pommes de terre ; purées de légumes secs ; lentilles, pois, fèves, haricots ; œufs frais peu cuits.

Viande rôtie ou grillée, d'une absolue fraîcheur, en petite quantité et au seul repas de midi ; entremets, fromage blanc, fromage à la crème, très frais ; compotes de fruits, marmelades, confitures ; fruits crus très mûrs, bananes, oranges, raisins, etc. ; lait, 1/2 à 3/4 de litre par jour ; cacao à l'eau ou au lait ; cacao à l'avoine, au lait ; café léger.

*Sont défendus :* charcuterie (sauf peut-être le jambon d'York fumé) ; salaisons, conserves de viandes ; gibier ; viandes faisandées ; poisson de mer (le poisson de mer, consommé très frais, n'a pas d'inconvénients) ; coquillages, écrevisses, crevettes ; truffes, épices, piment, ail, anchois, poivre en excès ; mets en sauces : mayonnaise, sauce au vin, rémoulade, etc.

*Comme boissons :* eau pure ; eau coupée d'un peu de bière brune ; d'un peu de vin (sans dépasser 1/2 litre par jour tout compris), eau de Pougues-Saint-Léger, infusions de camomille, de holdo, de tilleul; interdiction formelle des boissons alcoolisées, des apéritifs, des liqueurs : le café chargé, le thé ne doivent pas être consommés.

4° Les aliments devront être préparés sans sel. Cette suppression relative du sel est la condition *sine qua non* de l'efficacité de la médication bromurée à très faibles doses, qui va être prescrite.

En poivrant légèrement les aliments, en y ajoutant le cas échéant une petite pincée de bromure de sodium pulvérisé, en les assaisonnant de jus de citron... en les sucrant, on rendra cette alimentation déchlorurée très supportable.

Une semaine par mois, on pourra manger des aliments salés normalement, c'est-à-dire cesser le régime déchloruré.

5° La médication bromurée est la base de traitement.

Mélange :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium | 250 gr. |
| Bromure de sodium | 150 — |
| Bromure d'ammonium | 100 — |

Bien mélanger, pulvériser avec soin, tamiser finement, livrer dans une conserve en verre.

Chaque semaine, peser 20 gr. de ce mélange, à faire dissoudre dans un litre d'eau.

Il sera pris une demi-heure avant chacun des trois repas, du matin, du midi et du soir, 50 cc. de cette solution, mélangée à 50 cc. d'eau.

Durant une ou deux semaines par mois, et même davantage, si le bromure n'est pas bien toléré, dissoudre dans les 50 cc. d'eau de complément le contenu d'une petite mesure, correspondant à 0 gr. 75 à 1 gr. de poudre de :

Benzoate de soude du benjoin... 250 gr.

Cette médication bromurée sera à suivre sans interruption avec persévérance durant au moins 2 ou 3 années. Ce temps est nécessaire pour la guérison, et la médication bromurée sera continuée ensuite à doses graduellement moindres, puis avec des interruptions pour assurer cette guérison.

6° L'administration du bromure peut, à certains moments, provoquer quelques symptômes ennuyeux (acné ; érythème prè-tibial ; troubles digestifs que traduisent une odeur spéciale de l'haleine, une salivalion abondante, de la diminution de l'appétit, un peu d'état saburral de la langue et de la constipation, de l'asthénie physique, de la paresse intellectuelle...). Pour éviter leur production et leur accentuation, il peut être utile d'accoutumer l'organisme au bromure en lui adjoignant au début, pendant quelque temps, de la levure de bière, prise délayée dans un peu d'eau ou de bière en même temps que le bromure.

Les manifestations du bromisme se produisant, on favorisera l'assimilation du bromure et facilitera son élimination par : *A*) Lotions savonneuses chaudes ; douches ou bains tièdes ; bains salés ; bains alcalins ; massage doux ; frictions sèches ; frictions aromatiques ; *B*) Purgatifs légers pris régulièrement deux fois par semaine en ayant soin d'alterner les médicaments employés. On utilisera successivement :

*a*) Eau de Villacabras, ou eau de Carabana, ou eau de Rubinat... un verre le matin, au réveil.

*b*) *Mélange :*

| | |
|---|---|
| Teinture de jalap composée...... | 75 cc. |
| Sirop de séné.............. | 60 — |
| Sirop de nerprun.............. | 50 — |

Deux ou trois cuillerées à soupe au réveil, dans une tasse de café noir.

*c*) *Cachets avec :*

| | |
|---|---|
| Phénolphtaleine............. | 0 gr. 20 |
| Poudre de bourdaine.......... | 0 gr. 40 |

Un ou deux le soir, en se couchant.

*d*) Soins minutieux de la bouche et des dents ; brossage après chaque repas et rinçage de la bouche avec de l'eau additionnée d'un peu d'élixir dentifrice au cochléarin ou de perborate de soude.

*e*) Favoriser la diurèse par un peu de théobromine, infusion de queues de cerises, infusion de stigmates de maïs, eau de Vittel, eau d'Evian, etc.

*f*) Si, malgré tout, persistait, ce qui est exceptionnel, de l'intolérance bromurée ou si le bromisme se produisait intense, après quelques mois de médication bromurée, on pourrait suspendre celle-ci, et lui substituer, pendant un mois, ou deux, ou trois, la médication calcique récemment préconisée en Italie par l'*hypophosphate de chaux* (Cicarelli), en Angleterre par le *lactate de chaux* (Littel John).

**Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles de colchicine** (*Soc. de Biologie*).

M. Maurel a fait porter ses expériences sur la *grenouille* et le *lapin*. Il a comparé la voie gastrique avec la musculaire sur la première et, en plus, avec la voie veineuse sur le second.

Pour la grenouille, la colchicine absorbée par la voie gastrique est deux fois moins active que par la voie musculaire. Pour le lapin, l'activité par la voie gastrique serait environ dix fois moins grande que par la voie hypodermique, et celle-ci serait de 0 gr. 05 pour la voie gastrique et de 0 gr. 005 environ pour les deux autres.

**L'auto-sérothérapie de l'ascite**, par MM. Victor Audibert et Félix Monges (*Soc. de Biologie*).

Nous avons eu l'idée (et nous pensons être les premiers dans cette recherche) d'utiliser systématiquement le liquide des ascites dans un but thérapeutique.

Les analyses de cette sérosité, surtout lorsqu'il s'agit du foie, démontrent une richesse considérable de principes essentiels qui entrent dans la composition, non seulement du sérum, mais encore des tissus organiques. Il suffit de se reporter aux beaux travaux de Hoppe-Seyler pour constater que, en outre de l'eau, le liquide ascitique contient environ pour 100 : 30 de matières solides ; 20 d'albumine; 3 d'extraits éthéré, alcoolique et aqueux: 7 de sels inorganiques solubles ; 0.70 de sels inorganiques insolubles ; 0.30 d'urée et une grande quantité de gaz, $CO^2$ O et Az.

C'est dire quelle déperdition alimentaire se produit, en prenant le mot aliment au sens strict de producteur d'énergie vitale.

Ces principes divers qui devaient entrer dans le sang ne sont-ils pas aptes lorsqu'on les y fait pénétrer, même en petite quantité à engendrer des réactions bienfaisantes dans l'intimité des tissus ? Telle a été la pensée directrice de nos recherches.

Nous n'avons rien trouvé de semblable, dans la littérature médicale, et les expériences de Gilbert (de Genève) sont strictement limitées au processus tuberculeux pleural. Il n'y est pas fait mention de l'ascite. Seuls Debove, Renaut et Rémond (de Metz) ont utilisé le liquide péritonéal tuberculeux en vue d'études analogues à celles qui ont été faites sur la tuberculine.

Nous avons voulu, au contraire, tenter une méthode thérapeutique nouvelle que nous intitulons « auto-sérothérapie de l'ascite », et nous avons commencé par la forme, *a priori*, la plus réfractaire : l'ascite d'origine hépatique.

*Observation clinique.* — Elle est un peu particulière et mérite d'être retenue dans ses grandes lignes.

Femme âgée de 41 ans, imprimeuse ; se présente, en janvier 1909, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, avec le syndrome complet de la cirrhose de Laënnec : ventre énorme, douloureux dans la région hépatique, circulation collatérale à prédominance sus-ombilicale, ascite très mobile, pas de troubles digestifs, pas d'œdème des membres inférieurs, léger souffle systolique mitral, teint jaune anémique, adynamie.

Ces phénomènes ont débuté deux mois après une variole qu'elle eut en décembre 1906, et qui dura trois semaines, sans complication. C'est, du reste, la seule tare pathologique que nous trouvons dans son passé. Pas la moindre trace d'éthylisme. Ses antécédents héréditaires sont nuls

Donc, le 10 février 1907, brusquement, en bonne santé apparente, hématémèse et melæna qui ne s'accompagnèrent d'aucun trouble digestif et ne laissèrent aucune suite.

Trois mois après, en mai 1907, ictère avec décoloration des fèces, qui dura un mois.

En décembre 1907, deuxième hématémèse très abondante. La malade se plaignait alors de suffocation.

Elle conserva, par la suite, de la pâleur du teint, mais pas de troubles généraux de la santé.

En juillet, poussée hémorroïdaire. Pendant plus d'un an, rien.

En novembre 1908, nouvelle hématémèse.

En décembre, pour la première fois, le ventre grossit.

En janvier 1909, le volume de l'abdomen était tel qu'elle fut obligée d'entrer à l'hôpital.

Dix jours après, ponction abdominale copieuse ; liquide citrin qui se reforme rapidement et nécessite une deuxième ponction dix jours après.

Les ponctions se répètent ensuite régulièrement tous les quinze jours jusqu'à fin août, époque à laquelle nous commençons nos recherches.

Disons qu'en dépit de tout traitement, les urines variaient entre 500 c. c. et 700 c. c. par vingt-quatre heures; elles ne contenaient ni sucre ni albumine.

Ajoutons encore que la malade a toujours eu une diarrhée abondante, qui n'a jamais cessé.

Le 31 août, nous mettons la malade au régime lacté. Malgrè cela, les urines sont rares et varient entre 400 et 800 grammes.

Le 3 septembre, dernière ponction et injection à un cobaye de 10 c. c. de liquide ascitique; deux mois après, ce cobaye était bien portant. D'ailleurs, l'ophtalmo-réaction fut négative.

Le 5 septembre, la malade, qui mangeait un peu en cachette, est mise au régime lacté absolu.

Le 8 septembre, nous commençons les injections sous-cutanées abdominales de liquide ascitique.

*Technique de la méthode.* — Antisepsie de la peau, anesthésie au chlorure d'éthyle et ponction avec une seringue de Luër dans le flanc gauche de l'abdomen. Lorsque le ventre était peu tendu par suite de la diminution de l'épanchement, nous faisions appliquer les deux mains d'un aide sur la paroi abdominale que l'on déprimait fortement. Sans retirer complètement l'aiguille, nous avons réinjecté le liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nous n'avons jamais eu ni douleur, ni accident, ni réaction locale.

*Résultats.* — Bien que nous continuions à suivre cette malade, nous la prenons, en ce moment, du 1[er] septembre 1909 au 15 novembre 1909, soit deux mois et demi. Pendant cet intervalle de soixante et seize jours, nous avons fait douze injections de liquide ascitique, soit une injection tous les six jours environ. Nous avons commencé par 3 c. c., puis progressivement nous avons continué par 5 c. c., par 7, jusqu'à un maximum de 10, que nous n'avons pas dépassé.

Lorsque nous avons fait la première injection, le 8 septembre, les urines étaient à 600 gr.; le lendemain, sans aucun autre traitement, elles atteignent 800 gr.; le surlendemain, elles sont à 1.400 gr. ; trois jours après à 1.700.

La seconde injection fut faite ce jour-là, c'est-à-dire le 11 : le lendemain, les urines étaient à 2.000 et, le surlendemain, à 2.100. Il était extraordinaire que ce taux se maintînt; les urines redescendirent, en effet, à 1.200.

Troisième injection : les urines remontent en six jours jusqu'à 1.700 gr.

Quatrième injection : même phénomène, et ainsi de suite, pour toutes les autres injections.

Nous avons noté un fait un peu particulier : c'est que la polyurie ne s'est jamais manifestée au maximum le jour même de l'injection, sauf pour la première et la seconde.

Nous voyons parfaitement, que la troisième injection, faite le 17, alors que les urines étaient à 1.500, amena, le lendemain et le surlendemain les urines à 1.300. C'est dans les trois jours suivants qu'elles atteignirent 1.700.

De même, la quatrième injection fut faite le 24, avec 1.300 gr. d'urine, qui descendirent à 1.100 le lendemain et remontèrent dans les trois jours à 1.700. Pour la cinquième, faite le 30, les urines à 1.450 descendirent le lendemain à 1.200 et remontèrent dans les cinq jours à 1.800. Ainsi de suite, les mêmes phénomènes biologiques se reproduisent, comme il est facile de s'en rendre compte.

Il semble, donc, qu'après une injection de 5 c. c. de liquide ascitique, le rein ne répond pas tout de suite à l'incitation. Son activité n'apparoît que vingt-quatre heures après.

Quoi qu'il en soit, un grand fait n'en persiste pas moins, une polyurie constante. Une malade, n'évacuant jusque-là que 500 à 800 gr. par jour, élimine, sous l'influence de notre traitement

une moyenne de 1.200 à 1.800 gr. La polyurie énorme des premiers jours ne s'est pas maintenue, cela s'explique aisément : il s'est fait d'abord une décharge, puis s'est établie une balance à peu près invariable. Mais jamais les urines ne sont redescendues au faible taux où elles se tenaient depuis des mois.

On peut dire schématiquement que la sérothérapie ascitique a fait passer les urines d'un demi-litre à un litre et demi.

Tel est le fait capital qui nous a tout d'abord frappés.

Parallèlement à cette polyurie, l'état général s'est considérablement amélioré. La dernière ponction abdominale, de 15 litres environ, fut faite le 3 septembre. Au 15 novembre, il n'avait plus été opéré de paracenthèse. Ce résultat est d'autant plus remarquable, qu'avant la série des injections, on avait été dans l'obligation de ponctionner l'abdomen tous les quinze jours depuis six mois.

A mesure que la polyurie s'installait, nous relevions successivement comme périmètre abdominal, 94, 93, 91, 89, 88, jusqu'au 18 octobre.

A ce moment, nous avons alimenté la malade au moyen de pâtes et de purées déchlorurées. Il était intéressant, en effet, de ne pas laisser trop longtemps notre malade au régime lacté absolu et de voir si l'amélioration se maintiendrait malgré la nourriture. Or, nous eûmes le regret de constater un développement du ventre presque instantané. Les mensurations indiquèrent successivement 88, 92, 93, 94 et 96. En présence de ce résultat, nous décidâmes d'augmenter la quantité de liquide sérothérapique. Le 20 octobre, nous injections 7 c. c., le 24 et le 29, 10 c. c. Nous eûmes la satisfaction de constater que les urines, qui étaient descendues jusqu'à 1.100, remontèrent à un taux de 1.500 et 1.800. Nous avons continué les injections et nous nous sommes aperçus que l'abdomen n'augmentait pas de volume ; vers le 15 novembre, il avait même tendance à diminuer. Le chiffre des mensurations, en effet, redescendit d'une façon sensible et régulière.

Nous nous croyons autorisés à ouvrir ici une parenthèse pour insister, à nouveau, sur ce fait, que l'un de nous (1) a le premier signalé, en collaboration avec le Dr Olmer, de l'influence néfaste des chlorures sur l'ascite d'origine hépatique. Cette brusque augmentation du liquide péritonéal, survenant aux premiers jours de l'alimentation, a toute la valeur d'une expérience. Elle correspond aux brusques développements du ventre réalisés par l'un de nous après une ingestion de 10 gr. de chlorure de sodium.

Ainsi donc, l'alimentation produisit un arrêt dans l'amélioration générale. Nous ne l'avons pas cessée pour cela. Nous avons simplement forcé la dose des injections et la maladie semble avoir repris une marche décroissante.

La courbe des chlorures s'est maintenue entre 1 gr. et 1 gr. 90 environ, pendant la période de régime lacté absolu. Depuis l'alimentation elle varie entre 2 et 3 gr. La sérothérapie ne semble donc pas influencer notablement la chlorurie. Rien d'étonnant à cela ; celle-ci est avant tout fonction de l'insuffisance rénale. Or, notre malade n'en a jamais présenté aucun signe.

La courbe de l'urée a varié entre 7 et 10 gr. Cela se conçoit, puisque la malade était privée d'alimentation azotée. Il n'y a donc rien de particulier à signaler à ce point de vue.

Enfin, nous aurons terminé, lorsque nous aurons dit que la courbe fébrile n'a subi aucune influence. Comme on l'a vu dans notre observation clinique, nous avons eu affaire à une hépatite chronique, atrophique, post-variolique. L'évolution a été constamment subfébrile, et, très régulièrement, nous avons noté des températures oscillant entre 37° et 37°7 moyenne. Ces températures n'ont ni baissé ni augmenté, soit au moment des injections, soit dans les jours qui les ont suivies.

*Conclusions.* — Nous avons été les premiers à utiliser comme méthode thérapeutique la sérosité de l'ascite et nous pouvons conclure :

1° L'auto-sérothérapie ascitique est absolument indolore, et n'amène aucune réaction locale ;

2° Elle n'influence ni la courbe thermique, ni celles des chlorures et de l'urée ;

3° Par contre, elle provoque une polyurie abondante et qui se maintient même quand on

4° Il s'en suit une diminution manifeste de alimente le malade ;

l'ascite et une amélioration notable de l'état général ;

5° Il est bon d'associer cette méthode à la cure de déchloruration, mais il est indispensable d'augmenter la quantité à injecter dès qu'on fait manger le malade ;

6° Cette quantité à injecter n'est jamais très considérable ; nous avons commencé par 3 c. c. et n'avons pas dépassé 10 c. c. ;

7° En résumé, l'auto-sérothérapie ascitique que nous proposons devra toujours être tentée dans les ascites récidivantes ; elle nous a donné un résultat satisfaisant, alors que tout traitement avait échoué.

(1) Olmer et V. Audibert. — Les chlorures dans l'ascite d'origine hépatique (*Marseille-Médical*, oct. 1903 ; *Soc. Méd. Hôp. Paris*, nov. 1903).

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Le sélénium dans les eaux minérales**, par le Dr P. Carles, correspondant de l'académie de médecine (*Journal de méd. de Bordeaux*).

Le *Traité des eaux minérales de France* de Jacquot et Willm est assurément le document le plus scientifique et le plus complet qui existe sur la matière. Eh bien, il ne dit mot du sélénium. La découverte de ce principe chimique dans les eaux minérales en devient par le fait doublement intéressante. On la doit à M. F. Taboury, de la Faculté des sciences de Poitiers. (Voir *Bull. de la Soc., chim.*, 21 juillet 1909.)

Pour en faire comprendre l'importance aux médecins, nous croyons utile de rappeler quelques propriétés du sélénium, car c'est une individualité chimique souvent oubliée dans les cours de chimie médicale.

Le sélénium est un métalloïde qui offre avec le soufre la plus proche parenté chimique, si bien que, dans la nature, ils se suivent avec la plus grande fidélité. Cette intimité s'affirme plus particulièrement dans les pyrites ou mélanges naturels de polysulfures métalliques, fer, cuivre, plomb, argent, etc. Voilà pourquoi le sélénium s'accumule dans les boues d'un compartiment des chambres de plomb où l'on prépare l'acide sulfurique. Mais comme, malgré tout, une proportion très sensible se dissout dans cet acide, on retrouve encore des dépôts rouges de sélénium dans les bonbonnes d'acide chlorhydrique où l'on fait arriver le produit de la décomposition du sel marin par l'acide sulfurique sélénifère.

Ajoutons, comme autre preuve de ressemblance, que l'odeur de l'hydrogène sélénié ressemble tant à celle de l'hydrogène sulfuré que les chimistes peu exercés les confondent. Mais, fait à bien noter, l'hydrogène sélénié communique vite aux muqueuses une irritation excessive ; il excite vivement la gorge, il provoque des ophtalmies et aussi des céphalalgies si tenaces qu'elles peuvent durer des semaines entières. On dirait un empoisonnement. Une action physiologique aussi intense promet des effets thérapeutiques inattendus.

A ce point de vue, la forme naturelle que revêt le sélénium dans les trois sources de la Roche-Posay (Vienne) est des plus heureuses. La dilution de ce toxique y est grande et son dosage modéré en rend l'essai facile.

Les analyses de M. F. Taboury nous disent que ces eaux renferment un demi-gramme environ de résidu salin par litre, dans lequel figurent en proportion décroissante : les bicarbonates terreux et alcalins mélangés de sulfates, silicates, chlorures, et même nitrates. Le sélénium, élément principal ici, n'y existe qu'à la dose de 0 gr. 0002 par litre.

L'auteur a condensé ce sélénium dans la partie du salin soluble dans l'alcool. En temps voulu, il a chassé cet alcool ; il a redissous l'extrait par l'eau chlorhydrique et enfin précipité le métalloïde d'un côté par l'acide hypophosphoreux et ailleurs par le bisulfite de soude.

Ce dernier procédé ressemble fort à celui que notre maître M. Personne donna en 1872.

Comme d'autres l'ont fait naguère pour le fluor, ignoré lui aussi jusque-là dans la généralité des eaux minérales, M. Taboury se propose d'y rechercher le sélénium.

Après les actions physiologiques relevées ci-dessus, la médecine et l'hydrologie ne peuvent que l'y encourager.

**Sur les gaz des sources thermales** (*Acad. des Sciences*).

MM. Ch. Moureu et A. Lepage concluent que la présence de deux gaz, le crypton et le xénon, comme celle de l'argon, de l'hélium et du néon est générale dans les gaz des sources thermales.

**L'hydrologie clinique** du professeur Maturi *de Naples*.

Le professeur Maturi nous adresse un excellent et très remarquable travail sur l'hydrologie clinique.

**L'absorption de l'eau minérale par voie interne**, par le professeur Casciani.

Le professeur Casciani, de Rome, nous a également envoyé un rapport très étudié qu'il a fait au 2e Congrès international de physiothérapie.

## REVUE CLINIQUE

**Pleurésie syphilitique**, par MM. Roger et Sabaréanu. (*Soc méd. des Hôpit.*)

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de trente-huit ans, qui entra à l'hôpital pour une pleurésie séreuse à formule lymphocytique ; cette femme, qui paraît avoir été soignée jadis pour de la tuberculose, a contracté la syphilis à vingt-deux ans, et a présenté depuis quelques années des manifestations gommeuses. On songea néanmoins à une pleurésie tuberculeuse ; mais on ne trouva pas d'albumine dans les crachats, et l'inoculation au cobaye fut négative ; par contre, l'épreuve de Wassermann tentée avec le liquide fut positive ; la pleurésie guérit rapidement par le traitement mercuriel.

Dans un autre cas de pleurésie séreuse survenue au cours du tertiarisme, l'épreuve de la déviation du complément fut également positive.

MM. Roger et Sabaréanu se sont demandé si, en présence d'une pleurésie survenue chez un syphilitique, la constatation de la déviation du complément à l'aide de l'épanchement était suffisante pour faire affirmer la nature syphilitique de l'épanchement. Ils ont, chez neuf syphilitiques, recherché la déviation du complément à l'aide de la sérosité d'un vésicatoire ; huit fois la réaction fut positive, et le seul cas négatif fut observé chez un sujet qui venait d'être soumis à un traitement mercuriel énergique. Les auteurs pensent donc qu'un épanchement quelconque, survenant chez un syphilitique, peut dévier le complément sans être pour cela de nature syphilitique.

**Onze cas d'abcès du cerveau,** par M. le Dr Boinet (*Le Larynx*).

L'abcès du cerveau est une affection rare, elle est souvent un épiphénomène d'un état infectieux ou la conséquence du transport dans le cerveau des germes infectieux puisés dans les foyers pulmonaires ou pleuraux inflammatoires, suppurés, putrides, gangréneux ou tuberculeux. Dans plusieurs cas, le pneumocoque a été retrouvé dans ces abcès cérébraux, pur, mais souvent associé aux streptocoques.

Dans d'autres cas, la méningite suppurée, épidémique ou non, avec ou sans méningocoque de Weichselbaum, a eu une action directe locale sur l'abcès du cerveau, qui peut, alors, être considéré comme idiopathique. Nous avons vu un exemple d'abcès du lobe occipital droit dû à une infection puerpérale.

Au point de vue du nombre, les sept premiers cas à forme septico-pyémique, métastatique, comprenaient trois abcès dans les lobes frontal, pariétal et temporal gauche, deux abcès, l'un frontal, pariétal et temporal gauches avec communication intra-ventriculaire, deux abcès dans les lobes pariétal, temporal, occipital et un abcès unique siégeant dans le lobe temporo-occipital droit, dans le lobe occipital gauche, dans le lobe pariétal gauche.

II. Le diagnostic de l'abcès cérébral est difficile ; trop souvent cette affection reste latente ou n'est diagnostiquée que trop tardivement.

Pour les formes septico-pyémiques, on se rappellera que l'abcès du cerveau est l'apanage des diverses affections pulmonaires aiguës ou chroniques, surtout putrides. Lorsque, à la fin d'une pneumonie, les phénomènes généraux persistent, la fièvre se rallume, ou prend le type de fièvre de suppuration, avec petits frissons et sueurs, urines rares, albuminurie, teint subictérique, et s'accompagne de troubles méningo-encéphaliques, d'excitation au début, d'inhibition plus tard, il faut songer à l'abcès du cerveau.

La multiplicité des foyers purulents, la coexistence de la méningite et des phénomènes attribuables à la maladie infectieuse initiale augmente les difficultés du diagnostic. On peut alors croire à une hépatisation grise compliquée d'infection générale. On tiendra compte, comme éléments de diagnostic, des anamnestiques, on recherchera dans les organes les foyers infectieux pouvant produire un abcès cérébral, on se basera sur la marche spéciale de l'abcès cérébral avec ses trois périodes d'excitation, de rémission et de paralysie, sur l'ictus apoplectiforme suivi de paralysies à type le plus souvent cortical, se constituant pièce à pièce, suivant l'envahissement progressif des centres moteurs. La multiplicité des abcès du cerveau obscurcit le diagnostic de leur localisation. L'abcès du lobe frontal, observé dans nos deux premiers faits, est rare, sans manifestations locales nettes, mais, il s'accompagne, en cas d'abcès-frontière, de troubles moteurs de voisinage et même d'aphasie motrice, d'aphémie, comme dans les faits de Boinet, Terrillon et dans notre seconde observation. Les abcès du centre ovale sont plutôt caractérisés par des troubles psychiques et paralytiques. Les troubles visuels, tels que l'hémianopsie totale ou partielle, généralement homonyme, les hallucinations visuelles, la cécité psychique, sont surtout liés à l'abcès du lobe occipital qui existait dans nos troisième, quatrième, cinquième, sixième cas. Les abcès de la zone rolandique ont des signes classiques bien connus. L'abcès du lobe sphéno-temporal, presque toujours unique, occupant habituellement la partie antérieure des deuxième et troisième circonvolutions temporales, est dû, le plus souvent, à une propagation par contiguïté d'une inflammation auriculaire et pétro-mastoïdienne. Le diagnostic de ces abcès otogènes sera basé sur l'otorrhée ancienne qui diminue notablement lors des complications méningo-encéphaliques, sur une phase symptomatique auriculaire, suivie de symptômes cérébraux diffus (céphalée spéciale, torpeur cérébrale, slow-cerebration de Macewen, vertiges, étourdissements, bourdonnements, convulsions généralisées dans la moitié des cas, surtout si le pus pénètre dans les ventricules, etc.) et, plus tard, des symptômes cérébraux localisés, de signes de foyers (troubles sensoriels, auditifs, physiques, osmiques). L'aphasie a été notée 23 fois sur 44 cas, soit 52 pour 100, par Schmiegelow ; elle peut être motrice, mais elle est surtout sensorielle, de compression (surdité verbale), par lésion de la partie postérieure de la partie temporale gauche comme dans notre dixième cas. La cécité verbale caractérise une lésion de l'écorce calcarine.

III. Le succès opératoire dépend surtout de la précocité du diagnostic de l'abcès du cerveau. Quand l'intervention est hâtive, l'abcès est bien ankysté par sa membrane limitante, il n'occupe que les régions tolérantes de la substance grise et les centres psycho-moteurs. A ce moment, le malade est dans la phase opportune de rémission, c'est-à-dire dans les meilleures conditions opératoires. Plus tard, l'état s'aggrave, la période de paralytique survient, et l'abcès du cerveau s'étend, dépasse les limites de sa membrane enkystante et se rompt parfois, soit dans les ventricules, soit au niveau des méninges, déterminant ainsi des complications rapidement mortelles, comme dans notre second cas.

---

DE L'UTILITÉ DE NE PAS PRIVER

## d'Albuminoïdes animales les Dyspeptiques

Par le Docteur L. PRON, d'Alger

Chez un grand nombre de sujets atteints d'affection gastrique, il y a indication d'exclure complètement la viande du régime, soit qu'on veuille écarter un facteur d'hyperchlorhydrie, soit qu'on ait affaire à un organe absolument atone, soit qu'on veuille diminuer et réduire au minimum toutes les causes d'excitation portant sur la muqueuse et le plexus solaire.

Mais, le régime des pâtes, des œufs, des purées de légumes secs, etc..., si excellent qu'il soit, en ce qui concerne le tube digestif seul, peut avoir des inconvénients au point de vue de l'état général.

Souvent, les malades se plaignent d'une fatigue ou d'une dépression plus ou moins prononcée, qui les empêche de fournir aussi facilement qu'auparavant la même somme de travail physique ou intellectuel. Cette sensation de faiblesse est mal acceptée en général et quelquefois il est difficile de la concilier avec les exigences de la vie pratique.

D'autre part, il m'a été donné de constater de temps à autre que des sujets ne présentant, lors d'un premier examen, aucun symptôme pulmonaire objectif ou subjectif, accusaient un amaigrissement progressif et présentaient de la submatité d'un ou des sommets, en même temps que des modifications stéthoscopiques, au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Ces malades pourtant avaient un excellent appétit et ingéraient une ration alimentaire suffisante, du moins en apparence.

Ces deux inconvénients du régime sans viande, qui peuvent sembler surprenants au premier abord, s'expliquent facilement.

Les aliments, à côté de leurs propriétés chimiques nutritives, jouissent d'un pouvoir dynamique, qui varie avec chacun d'eux et qui appartient à un haut degré à la viande. La viande exerce une stimulation, qui porte d'abord sur le plexus solaire et s'étend ensuite à tout l'organisme. Chacun sait que la force au dynamomètre est plus élevée *immédiatement* après un repas composé d'un bifteck qu'après un repas, représentant le même nombre de calories, sous forme de pâtes et de fromage.

Cette stimulation habituelle venant brusquement à faire défaut, le sujet est moins en train et se sent moins fort.

D'autre part, les principes albuminoïdes d'origine végétale ne sont normalement assimilés que dans la proportion de 83 p. 100, alors que ceux d'origine animale le sont presque complètement (96 p. 100). De plus, l'albumine des plantes n'est utilisée qu'après un travail d'assimilation plus difficile que s'il s'agit des tissus animaux (Gautier).

Il faut encore tenir compte de ce fait que la stimulation générale, imprimée à tout l'organisme par la viande, favorise sans doute tous les échanges, alors qu'une alimentation hydrocarbonée diminue leur vitalité.

Il n'y a donc pas lieu d'être surpris que, dans une catégorie de malades souffrant depuis longtemps, amaigris et en état de déchéance physiologique, certains ne puissent, sans dommage, être privés d'une manière complète d'un aliment reconstituant au premier chef. On ne saurait en pratique, en effet, mesurer la valeur des aliments d'après la quantité de chaleur qu'ils dégagent.

Il serait avantageux, ce semble, de prescrire aux dyspeptiques ayant un mauvais état général, non de la viande en nature, que leur tube digestif ne pourrait supporter, mais du jus de viande soit naturel, soit pharmaceutique. Cette médication est bien tolérée en général par l'estomac et l'intestin malades, quoi qu'en disent certaines théories, qui ne reposent que sur le laboratoire, et elle permet au patient de se relever assez rapidement, en évitant certaines complications.

---

## REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

**Dentiste. Société en participation. Patente.**

L'inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892 est, pour un dentiste non diplômé, le seul mode de preuve légal de l'exercice antérieur de sa profession lui permettant d'invoquer le bénéfice de la disposition transitoire de l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

Dans une société en participation, l'un des associés, non diplômé, ne peut invoquer le bénéfice de l'inscription de son coassocié.

Cour de cassation, 16 décembre 1909 (*Gaz trib.*, 3 février 1910.

**Médecin. — Honoraires. — Malade. — Engagement par un tiers de payer les honoraires. — Obligation personnelle du malade.**

Le malade, quelle que soit la cause de sa maladie, est tenu personnellement vis-à-vis du médecin qui le soigne, quitte à agir contre le tiers responsable de cette cause et à se faire couvrir par lui des frais exposés.

La déclaration faite par ce tiers qu'il réglerait les honoraires du médecin, ne change pas

le principe de l'engagement qui s'est formé, par les soins donnés, entre le médecin et le malade.

Trib. civ. Tonlon, 1er mai 1909. (*Gaz. trib.*, 6 septembre 1909).

**Sages-femmes. — Ordonnance de police du 9 août 1828. — Pouvoir de l'autorité administrative. — Surveillance des lieux Publics.**

Les sages-femmes ne peuvent être assimilées aux personnes qui, par profession, sont aubergistes, hôteliers, logeurs et loueurs de maisons garnies, et les règlements qui leur imposeraient les mêmes obligations qu'à ces personnes ne rentreraient pas dans l'exercice des pouvoirs que les autorités administratives tiennent des lois pour la surveillance des lieux publics. De tels règlements seraient, en effet, contraires aux prescriptions de l'article 56 du Code civil, combiné avec l'article 378 du Code pénal.

Il suit de là que l'ordonnance du préfet de police en date du 9 août 1828 doit être tenue pour illégalement prise en tant que visant les maisons particulières d'accouchement, et ne saurait, en conséquence, comporter les sanctions de l'article 471, § 15, du Code pénal.

Trib. simp. police Paris. 24 nov. 1909 (*Gaz. trib.* 25 nov. 1909).

RENÉ-BLOCH,
Avocat à la Cour de Paris, Docteur en Droit.

## REVUE DE MÉDECINE COLONIALE

**Sur une théorie phosphatique du béribéri.**

M. Jamin a exposé à la Société de médecine et d'hygiène tropicales une nouvelle théorie de béribéri. Pour lui cette affection serait une maladie de déchéance organique par insuffisance alimentaire, et surtout par insuffisance de principes phosphorés. Etudiant les causes qui facilitent l'apparition des épidémies et les mesures qui permettent de les enrayer, il arrive à cette conclusion que c'est la déminéralisation phosphatique de l'organisme qui constitue la cause prédisposante la plus importante. Lorsqu'il s'y joint une alimentation pauvre en phosphates, le déficit phosphatique est extrême et détermine l'affection qu'on désigne sous le nom de béribéri.

## Enlèvement des taches produites par les médicaments

1° On enlève les taches d'*iode* des mains et du linge en les humectant avec de l'ammoniaque ou avec une solution d'hyposulfite sodique.

2° On enlève rapidement les taches de *nitrate argentique* par une solution de cyanure potassique ; on y arrive aussi en traitant les taches avec de l'iodure potassique. Les taches jaunes d'iodure argentique qui se forment ainsi, sont enlevées complètement par l'hyposulfite. Pour enlever de la peau des taches de nitrate argentique, Sylla recommande, *Therap. Monatzheften*, 1907, n° 3, la solution suivante : Chlorure mercurique, chlorure ammoniaque : àâ 10 grammes ; eau distillée : 80 grammes.

3° On enlève le plus facilement au moyen de benzène les taches de *chrysarobine* ; on peut aussi employer le chloroforme et l'alcool absolu. Il est plus avantageux d'employer ces dissolvants chauds.

4° On traite les taches de *résorcine* par une solution étendue d'acide citrique.

5° On laisse agir pendant environ une minute une solution d'un sulfure alcalin, sulfure potassique, par exemple, sur les taches d'*acide picrique* ; on lave ensuite complètement au savon et à l'eau. On recommande dans l'*Ap. Ztg.*, 1903, p. 252, de recouvrir les taches récentes d'acide picrique avec une pate formée de carbonate magnésique et d'eau et après avoir laissé agir la pâte quelque temps, de la frotter sur la tache avec le doigt.

6° On ne sait plus enlever les anciennes taches de *pyrogallol*. On peut enlever ou tout au moins atténuer les taches récentes de la manière suivante : le pyrogallol donne avec les composés ferreux des solutions bleu-foncé que l'acide oxalique décolore immédiatement. On laisse agir à chaud une solution de sulfate ferreux à 5-10 0/0 sur les taches de pyrogallol jusqu'à ce qu'elles aient pris une coloration bleu-foncé. On lave alors complètement à l'eau et on traite immédiatement après les taches qui restent avec une solution de sel d'oseille. Après disparition de la coloration, on rince soigneusement à l'eau. Si nécessaire, on recommence le traitement jusqu'à résultat.

7° Un moyen rapide et excellent pour enlever les taches des *matières colorantes du goudron* consiste à les traiter par une solution alcoolique de savon ; les taches disparaissent de suite.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**L'apprentissage et l'enseignement technique**, par le Dr DUBIEF, ancien ministre, vice-président de la Chambre. (Paris, Giard et Brière).

De tous côtés on se plaint dans le monde de l'industrie de ce fait que l'on ne trouve plus de bons apprentis : il y a une crise de l'apprentissage. M. Dubief vient de consacrer un volume bourré de documents à cette question capitale pour notre pays.

L'auteur estime que 75.000 jeunes gens reçoivent en France une instruction technique plus ou moins complète. Près de 900.000 ne reçoivent aucun enseignement professionnel. Et c'est là une cause d'infériorité pour nos ouvriers qui connaissent moins bien leur métier que jadis.

M. Dubief est, on le sait, l'auteur d'un projet de loi remarquable pour remédier à cet état de choses.

M. Dubief étudie en détail l'enseignement technique supérieur, secondaire, maritime, ménager.

On trouvera en outre dans cet ouvrage des renseignements multiples sur l'enseignement technique à l'étranger et tous les documents relatifs à cette question : textes et projets de loi, de décrets, etc.

**Séquelles nerveuses de l'insolation et du coup de chaleur**, par les Drs HUBLÉ, médecin principal de l'armée, et PIGACHE, médecin aide-major. (Bloud, éditeur).

Les cas non mortels du coup de chaleur ne se terminent pas toujours par une guérison complète. Souvent les malades frappés de cet accident conservent des suites parfois temporaires, parfois définitives, produisant ainsi une incapacité de travail plus ou moins longue, dont l'évaluation, depuis la mise en vigueur de la loi de 1898 sur les accidents du travail, doit être effectuée avec un soin tout particulier par le médecin-expert appelé à se prononcer.

C'est ce qui explique l'importance clinique de ces accidents lointains succédant au coup de chaleur ; ils demandent à être bien étudiés pour que le médecin-expert, en semblable cas, puisse se prononcer en toute connaissance de cause.

L'attaque aiguë d'insolation se manifeste par des symptômes qui indiquent que tous les viscères sont plus ou moins atteints. Les lésions que ces symptômes traduisent régressent dès que la cause qui les a engendrées a disparu ; seul le système nerveux, à raison de la délicatesse de ses tissus, conserve plus longtemps, ou, même définitivement, la trace de l'attaque d'insolation.

Ce sont ces séquelles nerveuses que les auteurs étudient dans une monographie très remarquable et qui leur fait le plus grand honneur.

**Exposition franco-britannique** (rapport de M. PLISSON).

Notre très distingué collègue de la classe 16 de l'Exposition franco-britannique, M. Plisson, vient de publier un remarquable rapport sur cette classe. Ce travail présente un réel intérêt et montre tout l'effort fait par les eaux minérales, les produits hygiéniques et les maisons de désinfection pour soutenir leur réputation en Angleterre. Le rapport de M. Plisson, très élégamment présenté et écrit d'une plume alerte et dans une langue chatiée, est un véritable monument qui restera comme le témoignage du succès légitime remporté par la classe 16 à Londres.

**L'année électrique, électrothérapique et radiographique** (1909), par le Dr FOVEAU DE COURMELLES (Beranger).

Nous signalons avec plaisir à nos lecteurs la revue annuelle si intéressante publiée par notre distingué confrère le Dr FOVEAU DE COURMELLES sur l'*Année électrique*. Il est difficile de rassembler autant de documents et de faire une sélection aussi habile.

*Les appareils et faits nouveaux, la lumière, le chauffage, la traction, les télégraphes et signaux avec ou sans fil* font l'objet de chapitres consciencieux. Les *accidents électriques* de tous genres, par la foudre ou l'industrie et les moyens de s'en préserver, moyens qui progressent en nombre et en efficacité, sont étudiés.

Le côté médical, cher à l'auteur depuis si longtemps novateur en ce domaine, est aussi approfondi que le côté industriel. L'*électrophysiologie et l'électrothérapie*, avec l'électrolyse médicamenteuse, la fulguration, la d'Arsonvalisation, montrent impartialement l'état de ces questions. La *radiographie* qui voit, la *radiothérapie* qui soigne, ont subi de notables perfectionnements ; et l'auteur a pu voir les plus récents, la cinématographie par radiographie instantanée de l'estomac et autres organes, au cours de sa mission officielle de 1909 en Allemagne et en Autriche-Hongrie. Les *rayons X et le radium* ne sont pas non plus inoffensifs, leur filtration et diverses précautions en font des agents thérapeutiques puissants, si bien maniés, ce qui est démontré par de nombreux exemples d'accidents en de guérisons. La *photothérapie* par la lumière, a aussi ses cures.

Enfin la *jurisprudence*, les procès électriques, les règlements sur les rayons X ou le radium, sont également indiqués.

En réalité, livre indispensable comme ses prédécesseurs, et devant figurer dans toutes les bibliothèques.

**L'Ultra-Microscope** dans le diagnostic clinique et les recherches de laboratoire, par le Dr P. GASTOU. (Baillière.)

Rien de plus simple que le maniement de cet appareil ; si vous avez un bon microscope. Achetez une lampe Nernst, une grosse loupe et le dispositif Leitz-Cogit, et vous posséderez l'outillage complet. Si vous n'avez pas l'électricité, le simple bec Auer pourra suffire. Vous disposez votre lumière sur une table solide ; à une certaine distance vous placez votre loupe, et à 20 centimètres plus loin votre microscope. Celui-ci, au lieu d'être éclairé de bas en haut par un miroir réflecteur est pourvu d'un prisme parallélipipède qui renvoie les rayons, non plus sous la préparation, mais sur les côtés. Il en résulte que ce n'est pas ladite préparation qui est éclairée directement, mais bien les particules, globules du sang, bactéries, organismes inférieurs, qui sont illuminés par les rayons obliques et *réfractés* : les corps à examiner apparaissent d'autant plus brillants que le fond de la préparation est plus sombre.

Et alors, sur ce champ sombre apparaissent, comme des petits clous de diamant, et les hémokonies, et les trypanozomes avec leurs membranes ondulantes, et les spirochètes de la syphilis avec leur spires. C'est un monde nouveau qui nous est ainsi révélé, et il faut remercier M. Gastou d'avoir doté la clinique de cet admirable perfectionnement.

**La beauté de la peau, son entretien par l'électricité**, par le Dr Ed.-H. BLANC (Steinheil).

L'auteur de ce petit ouvrage s'occupe presque exclusivement du nettoyage et de la désinfection des glandes cutanées. Une peau ne peut être belle, c'est-à-dire saine, lorsque ses glandes sont irritées par rétention de leur contenu ou contaminations parasitaires. Dès lors, il convient de les lessiver par l'emploi du courant continu qui engendre de la soude au fond des culs-de-sac glandulaires dans les régions où la peau est recouverte par une électrode négative. Cette même électrode peut être imbibée d'iodure de potassium, de salicylate de soude, etc., ce qui permet alors l'introduction électrolytique d'acide salicylique, d'iode et autres desinfectants. Cette « toilette électrique » paraît être d'application assez facile pour pouvoir être pratiquée par tout le monde.

**Traîneurs de sabre**, par DACRE (H. Daragon).

Voici comment l'auteur présente son œuvre qui sera lue avec intérêt.

« ..... L'officier n'a pas d'indifférents. Les uns haïssent en lui le stoïque adversaire auquel ils se heurtent sur les champs de grève. Les autres redoutent son influence sur les jeunes cerveaux qu'il a, deux ans durant, le loisir de façonner. »

On retrouve dans cet ouvrage les qualités de style qui valurent à *La Race*, il y a quelques années, un succès réel. De belles physionomies d'officiers y sont dessinées de main de maître.

**Les agrandissements sur papiers à couches pigmentaires**, par E. TRUTAT (Charles Mendel, éditeur).

La méthode des agrandissements est devenue d'usage courant en photographie et le paysage aussi bien que le portrait, ainsi exécutes, ont des qualités de premier ordre, en même temps qu'ils suppriment toutes les difficultés inhérentes à l'obtention des grands clichés.

Les procédés actuels se classent en deux catégories : les procédés directs, sur papier au bromure pigmentés, ou par décalque de l'action lumineuse (bromotypie), et les procédés indirects exigeant l'exécution d'un cliché agrandi qui sert à imprimer sur une surface quelconque au gré de l'artiste.

**La Photosculpture pour tous**, par L. TRANCHANT. Paris. (Ch. Mendel, éditeur).

La photographie n'en est pas encore arrivée à ce point qu'elle puisse remplacer l'ébauchoir, le ciseau et le burin de l'artiste. Mais elle fournit des moyens simples et très accessibles pour obtenir des reproductions en relief, qui, suivant leur mode d'exécution par gonflement, compression ou moulage, sont appelés à des utilisations diverses en ornementation et dans certaines applications industrielles.

**Manuel pratique de phototypie**, par J. VOIRIN, 2e édition. (Charles Mendel, éditeur.)

Quiconque s'intéresse aux progrès des arts d'impression découlant de la photographie, connaît la première édition du Manuel consacré par M. Voirin à l'étude pratique de la photocopie (ou photocollographie), et peut témoigner que ce procédé de multiplication des images continues au moyen des encres grasses est d'une idéale simplicité.

L'édition qui vient de paraître contient une pr

nouvelle en harmonie avec les plus récents perfectionnements réalisés dans cette branche des impressions photomécaniques.

**Le végétarisme**, par le Dr GOTTSCHALK. (Tir. à part).

**Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise et héréditaire**, par le Dr RAVAUT, médecin des hôpitaux. (Tir. à part.)

**Guide Rosenwald 1910**, publié par le Dr ROSENWALD.

Ouvrage toujours bien à jour et documenté d'une façon précise.

**VIIIe Congrès international contre la tuberculose à Berlin.**

Le Prof. Pannwitz vient de publier les rapports sur le 8e congrès contre la tuberculose. Cet ouvrage contient de nombreux documents publiés dans les trois langues du congrès et sur lesquels nous reviendrons.

# CARNET DU PRATICIEN

### Traitement médical du cancer de l'utérus

La ciguë se prescrit quelquefois et peut rendre des services quand ou a épuisé toutes les médications habituelles :

| | |
|---|---|
| Poudres de semence de ciguë.... | 3 gr. |
| Extrait de gentiane........... | 3 — |
| Extrait thébaïque............. | 0 gr. 60 |

en 60 pilules, une matin et soir.

La poudre de semences de ciguë peut être projetée en pansement sur la surface ulcérée du cancer.

Le chlorate de soude en applications locales a produit des résultats qui lui font reconnaître une action palliative au moins sur les métrorrhagies et les écoulements fétides (Boucher et Duvrac). Au moyen du spéculum, lorsque l'état des tissus l'autorise, on place en contact avec la tumeur un tampon d'ouate recouvert de la poudre suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude.......... | 10 grammes |
| Sous-nitrate de bismuth.... | 10 — |
| Iodoforme.................. | 5 — |

en surveillant la tolérance de la malade pour l'iodoforme que l'on remplace encore par le diiodoforme.

Ce sont les attouchements avec l'*érythrol* qui ont donné à M. Dalché les meilleurs résultats.

On a étendu l'usage interne du *chlorate de soude* (Brissaud) à d'autres cancers que celui de l'estomac et en particulier au cancer de la matrice (Duvrac).

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude.......... | 20 grammes |
| Eau distillée.............. | 100 — |

*Potion* : En prendre de deux à huit cuillerées à bouche.

Au chlorate de soude, M. Dalché associe volontiers le *condurango*, qui lui aussi a été vanté comme un remède anti-cancéreux.

| | |
|---|---|
| Ecorce de condurango blanc.. | 15 grammes |
| Eau......................... | 250 — |

Faites réduire par décoction jusqu'à 150 gr. et ajoutez alors :

Chlorate de soude......... 20 grammes

Prendre au milieu de chaque repas une cuillerée à bouche qui contient environ, par conséquent, 2 grammes de chlorate de soude et la décoction de 1 gr. 50 de condurango. Ce mélange du moins a pour mérite de réveiller les fonctions digestives si souvent hyposthéniques chez les cancéreuses.

La chélidoine, préconisée à un moment donné, n'a pas donné comme traitement externe les résultats attendus d'autant plus qu'elle est très irritante. Mais à l'intérieur on peut donner le remède d'une façon progressive sans exposer la malade à aucun péril.

Legrand prescrit la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait de suc épuisé de grande chélidoine... | 2 à 8 grammes |
| Eau distillé de menthe. | 200 — |

De telle façon que par cuillerée à bouche la femme commence à la dose de 1 gr. 50 d'extrait, augmente de 0,50 à 1 gramme par jour pour atteindre 4 grammes. En même temps il est indiqué de pratiquer des *badigeonnages* sur la tumeur avec :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de chélidoine.... | 2 parties |
| Glycérine..................... | 1 — |

pour une mixture.

ou encore :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de chélidoine.... | 4 parties |
| Eau distillée.................. | 1 — |
| Glycérine..................... | 1 — |

Les uns ont été surpris de l'efficacité de la plante, les autres, en bien plus grand nombre, lui nient toute la valeur curative, mais cependant lui reconnaissent parfois une certaine prise sur quelques symptômes, les *métrorrhagies* en particulier.

DALCHÉ.

### Acné rosée (nez rouge)

1.

| | |
|---|---|
| Acide tartrique.............. | 0 gr. 25 |
| Sublimé corrosif............. | 0 gr. 25 |
| Bicarbonate de soude......... | 5 grammes |
| Borax de soude pulv.......... | 5 — |

Pour 1 paquet.

Chaque matin, au lever ; chaque soir, en se couchant, se laver avec de l'eau très chaude, sans savon, contenant, par litre, un paquet semblable au précédent.

2.

| | |
|---|---|
| Acide salicylique............ | 2 gr. 50 |
| Naphtol β.................... | 2 gr. 50 |
| Lanoline de Liebreicht....... | 15 grammes |
| Résorcine.................... | 15 — |
| Salvo Pétrolia............... | 15 — |
| Savon noir................... | 15 — |
| Soufre subl. et lavé......... | 15 — |

F. s. a. pommade très homogène.

Après le lavage chaud du soir — qu'on laissera sécher sans essuyer — oindre les parties atteintes d'une mince couche de la pommade précédente, qui restera sur la peau, pendant une heure ou une heure et demie, c'est-à-dire jusqu'à sensation de cuisson intense.

Laver ensuite à l'eau boriquée très chaude pour enlever la pommade et se poudrer, pour la nuit, à la main et non à la houppe, avec la poudre suivante :

3.

| | |
|---|---|
| Dermatol..................... | 2 grammes |
| Di-iodoforme Taisne.......... | 2 — |
| Oxyde de zinc ou mieux peroxyde de zinc......... | 15 — |
| Talc de Venise............... | 15 — |
| Amidon pulvérisé............. | 20 — |
| P. de fleur de riz non parf... | 20 — |

Pour la pommade, ne point trop approcher l'œil et rester, pour l'onction, en dehors des limites de l'orbiculaire.

On a vanté, ces jours derniers, la brosse d'aiguilles, de Lassar, à moteur électrique, pour la destruction des vaisseaux sanguins sous-épidermiques du nez, si fréquemment congestionnés dans l'acné rosée (nez rouge.) Comme cette instrumentation est coûteuse et trouve difficilement place dans l'arsenal courant des praticiens, nous leur conseillons à la place le couteau à iridectomie de De Vœcker, lequel réalise toutes les conditions pour la dilacération des susdits vaisseaux.

On lave soigneusement le nez à l'éther sulfurique et à la liqueur de Van Swieten chaude. On essuie avec des bourdonnets de coton hydrophile stérilisé et l'on ponctionne les vaisseaux, très profondément, de bas en haut, pour ne pas être gêné par le sang. Le réseau des capillaires, très visible à l'œil nu, est rendu plus apparent encore si l'on a soin de pincer assez fort la pointe du nez entre le pouce et l'index gauches, pendant que le couteau, tenu de la main droite, sectionne les vaisseaux et réalise une sorte de phlébotomie en miniature. L'hémostase est rapidement réalisée par la compression. On poudre et le malade s'en va très amélioré. En quinze séances environ, son nez est normal ou peu s'en faut.

Pour les nodules acnéiques anciens, la thermocautérisation, répétée à intervalles, sera d'un précieux secours.

Diatétique sévère pendant la durée du traitement.

GALAND (de Cambrai).

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant* pas *d'eau en bouteille.*

*En «italique».* — *Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant* pas *localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

*En* CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — THORENC (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur LUCIEN-GRAUX.

VILLES DE SAISON

# CE QUI SE PASSE

**Contrexéville**

A l'Établissement hydrominéral de Contrexéville, profitant de l'hiver relativement doux, les travaux entrepris font de grands progrès et la Société des Eaux pourra montrer à ses hôtes cette saison ce qu'elle leur avait promis l'année dernière. Le Nouvel Etablissement thermal est clos et couvert, c'est-à-dire que les plâtres et les décors intérieurs seront bientôt entrepris, suivront les installations des appareils modernes d'hydrothérapie, d'électrothérapie, et de mécanothérapie. Ces appareils, choisis avec un soin des plus judicieux par les sommités médicales, feront de plus de Contrexéville un établissement thermal de tout premier ordre.

La nouvelle colonnade des sources et le nouveau pavillon abritant la source unique en son genre qui porte son nom sont choses pour ainsi dire terminées en tant que gros œuvre ; restent les petits détails de décoration qui prendront encore quelques semaines pour être enfin prêts.

On nous écrit que ce sera splendide et grandiose ; nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

**Plombières.**

M. André Brochet vient de communiquer à l'*Académie des Sciences* de nouvelles déterminations de la radio-activité des eaux thermales de Plombières.

Il est possible de se rendre compte de la quantité de bromure de radium qu'il faudrait mettre en jeu pour radio-activer la totalité des eaux. En ce qui concerne Plombières, dont le débit aqueux est de 507 litres par minute, si 1,11 mg de bromure de radium produit en une minute la quantité d'émanation nécessaire pour radio-activer 10 litres d'eau, il faudra approximativement, pour la totalité, de 55 à 60 milligrammes de bromure de radium. On se rend aisément compte combien cette quantité est minime, d'autant plus que Plombières, qui se fait remarquer par l'abondance de ses eaux, est probablement la station française dont la radio-activité moyenne est la plus élevée.

**En Suisse.**

La Suisse compte aujourd'hui 1.896 hôtels dont 951 sont ouverts pendant toute l'année et 945 pendant la saison d'été. Ces divers établissements disposent de 104.876 lits de voyageurs, plus 12.279 lits de réserve et 37.299 lits pour les familles et le personnel, soit un total de 154.454 lits. La saison est réputée mauvaise quand 28 pour cent des lits ont été occupés sans interruption. Elle est bonne quand le chiffre atteint 32 pour cent, excellente quand il dépasse 36 pour cent. Ces hôtels sont tous admirablement situés : 673 sont à une altitude de plus de 500 mètres, 531 à plus de 1.000 mètres, et 34 à plus de 2.000 mètres. La clientèle qui les fréquente comporte en moyenne 33 pour cent d'Allemands, 20 pour cent de Suisses, 17 pour cent d'Anglais, 11 pour cent de Français, 5 pour cent d'Américains.

# ÉCHOS

**L'exode des malades français atteints d'affections chirurgicales.**

Cet exode se fait surtout sentir à Tourcoing, car à la frontière, à Mouscron, existent des sociétés de secours mutuels dont font partie de nombreux tourquennois, et qui reçoivent gratuitement les soins chirurgicaux.

Les médecins de Tourcoing se sont déjà réunis, et plusieurs solutions ont été proposées : soit qu'ils refuseraient leurs soins aux membres de ces sociétés de secours mutuels, soit que les Français ayant été opérés en Belgique n'auraient pas le droit aux soins médicaux, sauf en cas d'urgence.

**Hôpital Trousseau.**

Au Conseil municipal de Paris, M. Salmon a fait adopter un projet d'agrandissement de l'hôpital Trousseau (200 lits; 2 millions de francs).

Sur la proposition de M. Salmon, le Conseil municipal de Paris vient d'adopter le projet de délibération suivant :

Le Conseil émet l'avis qu'il y a lieu :

1° D'approuver le projet d'agrandissement de l'hôpital Trousseau, sous réserve de l'obtention de la subvention du Pari mutuel, dont il sera parlé ci-après ;

2° D'autoriser l'exécution des travaux qui seront mis en adjudication publique, confiés aux entrepreneurs adjudicataires de l'entretien des établissements de l'Assistance publique, concédés par marchés amiables ou confiés aux entrepreneurs du service municipal suivant leur nature et leur importance;

3° De charger le magasin central des hôpitaux de livrer les articles de coucher, linge, habillement, mobilier prévus au devis, en prenant sur ses réserves au prix des tarifs en vigueur ou en s'adressant au commerce suivant les formes prescrites par les lois et règlements en vigueur ;

4° D'imputer les dépenses relatives à la construction de nouveaux bâtiments, dépenses évaluées tous frais compris et après rabais à 2.227.672 francs, sur une subvention d'égale somme que l'administration est invitée à solliciter de l'Etat, subvention à provenir des fonds du Pari mutuel ;

5° De réserver, quant à présent, le point de savoir si les dépenses d'ameublement, évaluées tous frais compris à 239.589 fr. 33, seront gagées au moyen d'une subvention municipale prélevée sur les fonds généraux du budget de la ville de Paris ou au moyen d'un prélèvement sur la subvention globale de 35 millions destinée aux grands travaux hospitaliers et comprise dans le futur emprunt de 900 millions ;

6° De n'engager aucune dépense relative à l'ameublement avant que le Conseil municipal se soit prononcé définitivement sur l'imputation de ladite somme de 239.589 fr. 33.

**Association française pour l'Avancement des Sciences.**

En août prochain, l'Association française pour l'avancement des sciences tiendra à Toulouse sa XXXIX[e] session, sous la présidence de M. Gariel, inspecteur général des ponts et chaussées, professeur à la Faculté de médecine.

A cette occasion, on inaugurera l'Ecole de commerce et d'industrie, et on posera la première pierre du nouvel hôpital suburbain.

**Le III[e] Congrès des Praticiens.** — *Programme du Congrès.*

Les questions suivantes sont, jusqu'ici, à l'ordre du jour du Congrès.

La loi de 1902, sur la santé publique, Dr Declercq (Lille) et Wicart (Paris); le relèvement des honoraires médicaux, Bresselle, Le Vésinet (Seine-et-Oise); l'avortement au point de vue médico-social, Bertillon, Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise); exercice illégal de la Médecine. Les remplacements médicaux, Levassort (Paris); Structure administrative des hôpitaux à l'étranger et en France, Léon Archambault (Paris); l'hôpital aux indigents, libre choix du médecin et Sociétés de secours mutuels, Bolliot, Lyon (Rhône); libre choix et grandes administrations Vallat, Joinville (Seine); limitation ou non limitation du nombre des étudiants dans les Ecoles de médecine, Tourtourat (Paris); Conseil médical supérieur, Le Fur (Paris).

Adresser les communications relatives au Congrès, au Dr Leredde, secrétaire, 31, rue La Boëtie, Paris. Les adhésions avec un mandat de cinq francs au Dr Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris.

**III[e] Congrès international de physiothérapie.** — *Section de climatothérapie.*

RAPPORTS. — 1° *Mer et Montagne. — Climatophysiologie comparée* : Rapporteurs : Dr Huggard (Londres); Dr Sardon (Nice).

2° *Les Cures forestières* : Rapporteurs : Dr Mol (Scheveningue); Dr Lalesque (Arcachon).

3° *Climatothérapie dans les affections du cœur et de l'appareil circulatoire* : Rapporteurs : Professeur Gibson (Edimbourg); Dr Laubry (Paris).

**Montres médicales**

Un spécialiste notoire, M. Anricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue la Boetie, Paris fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

# POSTES MÉDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**STATION THERMALE.** — A vendre ou à louer, maison et installation du docteur, ayant la plus grosse situation médicale de la station. (206)

**ALLIER.** — Sous-préfecture. Bon poste d'avenir à céder. Recettes 10.000. Loyer 800. Indemnité 5.000. (203)

**SEINE-et-OISE.** — Région agréable. 2 docteurs dans la localité. L'un d'eux désireux de céder sa clientèle. (202)

**CHER.** — Pour cause de départ urgent, à céder poste de 10.000 fr. Conditions avantageuses. (198)

**YONNE.** — Bon poste de 20.000 fr., à reprendre dans gros chef-lieu de canton. (195)

**Grande ville.** A 2 heures de Paris. — On céderait **Cabinet Dentaire.** Recettes 30.000. Facilité de paiement, pour cause de changement de situation. (189)

**NORD-OUEST.** — Grande ville. Clientèle aristocratique à céder. Recettes 35.000. Longue présentation. (140)

**Docteur** de Paris désire trouver acquéreur pour les meubles de son cabinet et salle de bains.

**Ancien Interne** des Hôpitaux désire reprendre clientèle agréable à Paris. (2191)

**Docteur de Lyon** cherche bon poste dans chef-lieu de canton ou petite ville région lyonnaise. (2190)

**Docteur** disposant de capitaux reprendrait ou s'associerait dans affaire para-médicale sérieuse et bien assise. (2189)

**Jeune Docteur** reprendrait à Paris, quartier excentrique, clientèle de 20.000 minimum. Paierait indemnité comptant. (2188)

**Docteur** ayant exercé plusieurs années est désireux de reprendre dans la banlieue parisienne un poste de 25 à 30.000. (2187)

**Docteur** ayant poste de campagne cherche clientèle dans ville où il y ait lycée ou collège. (2186)

**Docteur** pressé de s'installer reprendrait immédiatement contre indemnité raisonnable bon poste dans un rayon de 200 kilom. de Paris. (2185)

**Docteur** âgé reprendrait clinique ou cabinet de consultations. (2184)

**Docteur sérieux** ayant références et pratique de la clientèle ferait remplacements toute l'année. (2183)

**Jeune Docteur** serait très heureux de trouver situation dans clinique, maison de santé ou assistant d'un docteur surchargé. Références. (2182)

**AVIS.** — **Jeune chirurgien-dentiste**, diplômé Ecole dentaire de Paris et Faculté de médecine de Paris, cherche **une place d'opérateur** dans cabinet dentaire. — S'adresser au Dr Frenkel, 36, rue Pergolèse.

**SEINE-ET-OISE.** — A 80 kilomètres de Paris, chef-lieu de canton. Seul médecin, un pharmacien. Recettes 13.000 touchées. Fixes : ch. de fer, assist., etc. Le titulaire depuis 11 ans désire trouver acquéreur. (208)

**VOSGES.** — Conviendrait à Docteur actif, poste de 10.000 où l'on pourrait faire 3 à 4.000 de plus. Faible indemnité. (210)

**OISE.** — Docteur désire céder son poste : recettes 9.000. Faible rayon. Communications faciles avec Paris. (215)

**Grande ville à 2 heures de Paris.** Clientèle agréable à céder. Recettes en progression 12 à 13.000. Loyer 2.500. Maison entière avec tout le confort moderne. (217)

**PARIS XX[e].** — Clientèle ouvrière de 15 à 18.000 serait cédée avec garanties. Pas de frais. (218)

**Ville d'hiver importante des plus agréables.** — A céder Cabinet Yeux. N. G. O. Recettes 35.000 en 6 mois de saison. Peu de frais. On céderait également clinique. Forte indemnité. (219)

**SEINE-INFÉRIEURE.** — Dans chef-lieu de canton agréable 2 docteurs. Poste de l'un d'eux à reprendre. Recettes 11.000. Indemnité à débattre. (221)

**EURE.** — Poste de campagne à céder : recettes 16 à 17.000. Loyer 450. Indemnité à débattre. (226)

**ILLE-ET-VILAINE.** — A céder contre indemnité de 5.000 poste, seul médecin. Recettes 12.000. (227)

**PARIS.** — Docteur cherche à céder son cabinet d'Electrothérapie installé depuis 15 ans. Quartier central. (228)

**PARIS.** — Etablissement d'Aérothérapie à céder. On prendrait également associé. Affaire sérieuse bien assise et nécessitant peu de travail. (229)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désire trouver place d'assistant dans clinique, maison de santé, gardes remplacements, etc. (2192)

**Docteur** libre tout l'hiver cherche occupation à Paris: journal, maison de santé, clinique, même peu rémunérée. Références. (2193)

**Docteur** cherche à acheter part d'associé ou part entière de clinique, tuberculose en peau. (2194)

**Très pressé.** — Docteur reprendrait immédiatement clientèle à Paris ou banlieue immédiate. Recettes 30 à 40.000. Dispose de capitaux suffisants. (2195)

81e Année (Série XIIIe) — N° 55 — Le Numéro 25 Centimes — 1er Mars 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ... 5 fr.
Union postale ... 7 fr.
Édition Espagnole ... 10 fr.
Édition Portugaise ... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)
Hors concours, Membre du Jury *Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*



CACODYLE
GAÏACOL
STRYCHNINE
SPÉCIFIQUE DE LA GRIPPE
GAÏARSINE-DUCATTE
Chaque Ampoule ou Dragée contient :
Cacodyl. de Gaïacol chimiq. pur. - Sulfate de Strychnine.
Littérature et Échantillons à MM. les Docteurs
Laboratoires DUCATTE
8, Place de la Madeleine
PARIS
E TRIBUS ROBUR TRIPLEX






RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS
SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON
LE ½ FLACON
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
CONTROLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

# ÉCHOS

**Nos martyrs.**

Un de nos amis, M. le Dr Sénéchal, dont nos lecteurs se rappellent certainement les articles si intéressants parus dans la *Gazette Médicale de Paris* sur le mouvement chirurgical, vient d'être victime d'un accident professionnel. Il s'est piqué le doigt au cours d'une opération d'un phlegmon et il vient de passer une quinzaine dans un état très alarmant avec un phlegmon du bras gauche, de la lymphangite du dos et une température dépassant souvent 40°. Nous pouvons rassurer ses nombreux amis, notre collaborateur est maintenant hors de danger, et le mieux s'accentue tous les jours. Une consolation pour Sénéchal a été de voir toute la sympathie qui lui a été témoignée à l'occasion de sa maladie. De nombreux confrères, le Préfet de la Seine et diverses personnalités sont venus prendre de ses nouvelles.

Le Dr Sénéchal est assistant du Dr Reymond, l'éminent chirurgien de Nanterre.

**Nos amis.**

Notre ami le Dr Catbelin vient de recevoir la médaille d'or de la Mutualité. Cette haute distinction était due au créateur de l'hôpital d'Urologie.

**Nominations.**

Deux nouveaux professeurs à la Faculté de Médecine de Paris : le professeur Widal (pathologie interne) et le professeur Achard (pathologie générale).

**L'Exposition de Buenos-Aires.**

Une grande Exposition va s'ouvrir à Buenos-Aires. Le Ministre du Commerce vient de nommer Président de la classe de médecine et de chirurgie, le Dr Beurnier et vice-président le Dr Lucien Graux. Une collectivité est organisée par leurs soins pour les ouvrages médicaux ou d'hygiène. S'adresser au Dr Beurnier, 40, rue François-Ier ou au Dr Lucien Graux, 11 bis, rue Villebois-Mareuil.

**Les médecins au théâtre.**

Notre ami Georges Thurner, un jeune déjà célèbre et dont Tout-Paris a applaudi *le Bluff*, *Mariage d'Etoile* et *Passe-Partout*, vient d'écrire une comédie charmante, représentée aux Bouffes-Parisiens. Elle était digne du Français par son haut caractère littéraire et l'exquise façon dont se déroule l'action; mais chez Cora Laparcerie, elle ne pouvait être que jouée dans la perfection avec une troupe d'élite.

L'action se passe à la campagne, à Chantenelles, bourg obscur et banal où vient s'installer un jeune ménage parisien : Gaby et son mari.

Ils ont à Chantenelles deux vieux amis : un médecin âgé et sa femme. On se voit, on fréquente les uns chez les autres; on devient inséparable.

Or, ces vieux amis ont un fils qui, une fois ses études de médecine terminées à Paris, vient se fixer à Chantenelles.

On devine que Gaby et le jeune carabin vont s'aimer... Dans la solitude maussade du village, ils s'aperçoivent qu'ils sont encore Parisiens malgré tout... Ils se plaisent, mais comme ce sont deux natures saines et droites, ils conviennent gentiment, affectueusement, qu'ils n'en viendront pas à la chute irrémédiable, qu'ils resteront bons camarades... Et voilà le premier acte.

Au deuxième acte, le simple caprice est devenu de l'amour, l'amour qui s'impose et qui torture. Gaby et son ami sont au bord du précipice, bien au bord, tout au bord.

Le troisième acte nous montre cette passion des deux jeunes gens, poussée jusqu'à ses ultimes conséquences... Gaby abandonnera-t-elle son foyer? Fuira-t-elle vers des Italies avec l'élu de son cœur et de ses sens?

**La poussière de l'homme.**

L'homme n'est que poussière, comme l'a dit la Bible; mais qu'est-ce que cette poussière? Un savant, qui l'a analysée, déclare dans le *Royal Magazine* qu'elle est constituée des mêmes éléments qui composent l'œuf de poule et que mille œufs, au regard du chimiste, équivalent très exactement à une homme de taille moyenne. Il y a en chacun de nous assez d'oxygène, d'hydrogène et d'acide carbonique pour gonfler un ballon qui serait de taille à nous élever dans l'air, ou pour illuminer toute une soirée une rue de cinq cents mètres, car le plus obscur d'entre nous renferme, sans qu'il s'en doute, plus de 19 fr. de gaz d'éclairage. Avec le carbone contenu dans notre corps et réduit en graphite, on fabriquerait 65 grosses, autrement dit 780 douzaines de crayons. Le collaborateur du *Royal Magazine* assure qu'un de ses amis, amputé d'un membre, n'écrit depuis l'opération qu'avec son ancienne jambe. Du fer, dont se colore notre sang, on forgerait sept clous à chevaux. Nous contenons 600 grammes de phosphore quantité suffisante pour imprégner 820.000 allumettes ou empoisonner 500 hommes, et six kilos de matières grasses dont on ferait une soixantaine d'excellentes chandelles. Enfin, le sel de cuisine, qui nous donne la sagesse, remplirait vingt cuillers à café... Donc, nous sommes poussière, et c'est de quoi nous rendre modestes: mais cette poussière n'est pas si méprisable. Il y a dans le pire ivrogne ou le plus néfaste raseur un dirigeable, des becs Auer, des allumettes, des crayons, des chandelles. L'homme vaut mieux qu'on ne croit.

**Association corporative des étudiants en médecine de Bordeaux.**

Une association corporative des étudiants en médecine vient de se créer à Bordeaux; elle a son siège, 50, rue du Palais-de-Justice et a réuni déjà l'adhésion de 150 étudiants.

Cette association a pour but : 1° d'établir entre ses membres des liens de solidarité; 2° de rechercher et de mettre en œuvre les moyens utiles au développement moral de la profession; 3° de transmettre aux autorités compétentes les vœux des étudiants en médecine, ces vœux ne pouvant s'appliquer à des questions étrangères aux intérêts scolaires et professionnels; 4° de faciliter l'instruction professionnelle de ses membres; 5° d'établir des liens très étroits et une communication constante entre les professeurs, les médecins et les étudiants.

L'Association organisera : 1° un service de remplacements; 2° des conférences; 3° elle transmettra les vœux et les réclamations de ses membres.

Dans les différends susceptibles de se produire entre les étudiants et les diverses administrations, le bureau de la Corporative sera chargé d'exposer les desiderata des étudiants, de discuter les causes du conflit et d'arrêter, d'un commun accord, les conditions d'une entente.

**IXe Congrès de la Société allemande d'orthopédie.**

Ce Congrès se tiendra à Berlin le 19 mars 1910, sous la présidence du prof. Joachimsthal.

Les sujets suivants ont été portés à l'ordre du jour : 1° Structure osseuse fonctionnelle par M. Gebhardt (de Halle); 2° Traitement des ankyloses par M. Payer (de Greifswald). 3° Traitement de la scoliose à l'école, par M. Schulthess (de Zurich).

Le 28 mars, une excursion des congressistes est projetée au Sanatorium populaire de la Croix-Rouge, à Hohenlychen, fondé par feu le prof. Hoffa, pour le traitement des enfants atteints d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

### Valeur séméiologique des signes d'auscultation
### DU
# Début de la Tuberculose pulmonaire

SIGNES DE GRANGER, LEUR INTERPRÉTATION
CURABILITÉ DE CETTE MALADIE

Par le Docteur H. BARBIER
Médecin de l'Hôpital Hérold

La valeur des respirations anormales pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire n'est plus guère mise en discussion, mais c'est dans leur interprétation que les divergences se font jour, et je considère que ces divergences sont dangereuses.

On a dit ceci : ces signes, dits de Grancher, représentent bien une tuberculose en évolution, mais ce sont des signes d'une évolution curable, d'une tuberculose qui guérit.

Je ferai remarquer, d'abord, que Grancher n'avait pas dit autre chose, mais avec cette différence capitale qu'il en avait fait *les signes d'une étape éminemment curable de la maladie*, mais d'*une étape seulement*, et non pas d'une *terminaison forcément* curable de celle-ci. Il y a un abîme entre ces deux compréhensions d'une même chose.

Je ne vois pas, d'ailleurs, comment il est possible de prophétiser l'évolution ultérieure d'un mal d'après la constatation pure et simple d'un symptôme au début de ce mal, surtout quand il s'agit de lésions qu'on ne voit pas et qui ne se manifestent que par des signes physiques auditifs, qui ont besoin eux-mêmes d'être interprétés pour objectiver la lésion qu'ils laissent soupçonner.

Quel est, au début d'une pneumonie, d'un érysipèle, le signe ou le symptôme qui, isolé, puisse permettre à un médecin de prévoir à l'avance que la pneumonie évoluera ou non favorablement, que l'érysipèle ne se généralisera pas? Si cela dépasse notre entendement dans les maladies aiguës ayant une marche rapide, une évolution cyclique, un début, un état et une fin qu'on peut considérer, quand elle est favorable, comme une guérison doublée d'une immunisation, que dire des maladies chroniques, où le malade est sujet à des rechutes, à des reprises du mal qu'on ne peut prévoir, et qui n'a pas l'immunisation acquise par une crise antérieure? Est-il possible à un dermatologiste d'affirmer qu'un lupus au début n'envahira pas toute la face, à un médecin, en présence d'une attaque de goutte aiguë, d'affirmer que quelque jour le malade ne deviendra pas un podagre?

Or, quand il s'agit de tuberculose, et de tuberculose pulmonaire, maladie capricieuse qui n'est qu'une suite inattendue de trêves et de poussées nouvelles, qui semblent sommeiller aujourd'hui, et qui demain aura des réveils imprévus capables de provoquer la mort rapide — la tuberculose infatile fourmille de cas de ce genre — je ne crois pas qu'on puisse formuler une pareille hypothèse. Que de fois n'ai-je pas entendu Grancher dire combien la tuberculose décevait le pronostic des médecins. Tel malade, qui se présente à l'examen avec tous les caractères d'une forme anodine, voit[illegible] à coup sa tuberculose évoluer avec une rapidité terrifiante; tandis que tel autre, en apparence très atteint, avec des désordres locaux très étendus, voit son affection s'arrêter et peut conduire sa vie jusqu'à l'extrême vieillesse, tout en s'occupant normalement de ses affaires. Ce sont *des faits* d'une banalité courante, pour tous les phtisiographes qui ont vu et suivi des malades.

Pour faire la preuve que les respirations anormales sont l'indice d'une tuberculose qui évolue fatalement vers la guérison, du moins faudrait-il que jamais on n'ait vu les signes physiques se modifier et les malades devenir des phtisiques. Or, rien n'est plus inexact.

Il *est fréquent* d'observer des *modifications de ces signes physiques*. Aux lieu et place des respirations faibles, des inspirations rudes et graves, on peut voir succéder des signes d'induration plus accentués : respiration soufflante, souffle tubaire, indices d'une condensation plus marquée du poumon tuberculisé, d'une conglomération des lésions. C'est bien cela qu'avait vu Grancher, en suivant des malades dans ces phases successives, quand il avait considéré la phase initiale, non comme une fin, mais comme une étape *pouvant* aboutir aux autres phases de la maladie, mais *n'y conduisant pas fatalement* (phase éminemment curable). « Je ne connais pas d'erreur plus « dangereuse, disait-il encore en 1905 de- « vant l'Académie, et plus préjudiciable à « l'intérêt d'un tuberculeux, que cette mé- « connaissance dans la succession des si- « gnes physiques, qui caractérisent, chacun « pour sa part, la présence du tubercule « dans le poumon ; or, tout médecin accor- « dera que ces signes viennent *successive-* « *ment* s'ajouter l'un à l'autre et souvent *à* « *longues échéances*. ».

J'ai souligné à dessein les mots qui précèdent, parce qu'ils résument les caractères fondamentaux dans bien des cas de la tuberculose pulmonaire.

Tous ceux qui ont vu des malades autre part que dans les hasards d'une consultation, ou qui sont d'âge à avoir pu suivre des suspects de tuberculose pendant de longues années, ne pourront que souscrire à ces paroles.

Voilà pourquoi il est dangereux d'interpréter arbitrairement dans ce sens limitatif — tuberculose guérie ou spontanément curable — ce qui n'est qu'un épisode, un moment critique et souvent éphémère dans la succession des phénomènes qui conduisent le malade vers la conglomération, l'infiltration et la phtisie.

Le médecin fausse ainsi son jugement; et le malade, qui ne demande qu'à endormir ses appréhensions, ne suit que peu ou mal les prescriptions qu'on lui fait sans conviction.

Attendre, comme on l'a encore répété, les craquements pour faire le diagnostic de la tuberculose, c'est attendre trop tard. Et d'abord, qu'est-ce que ce craquement par rapport à l'évolution du tubercule? Est-ce un frottement pleural? Est-ce un râle de bronchite amplifié dans un poumon déjà induré? Est-ce un râle de fonte caséeuse? Il est probablement tout cela, selon les circonstances.

« Pourquoi donc attendre si longtemps? « — ajoutait Grancher à cette même séance « de l'Académie. C'est que l'idée d'incura- « bilité des tuberculeux — seconde erreur « de Laënnec — a rendu les médecins peu- « reux de ce diagnostic. »

Par une singulière contradiction, ceux-là même qui admettent que les malades présentant les signes du début sont bien tuberculeux, mais des tuberculeux guéris ou en voie de guérison, n'admettent plus que la tuberculose soit curable. Ils avancent que les faits de ce genre tendent à améliorer les statistiques de celle-ci et à exagérer aux yeux du public les chances qu'elle a de se guérir.

La conclusion est déconcertante.

Laissons donc cette discussion, et voyons par des faits indiscutables, des faits anatomiques, dans quelle mesure on peut dire que la tuberculose est curable. Il y a un grand intérêt à le dire, d'abord par humanité, et puis parce que les malades ont besoin de se soigner longtemps, et j'ajoute : mathématiquement. « Pour guérir de la tuberculose, a dit Grancher, il faut le vouloir et le vouloir longtemps. » Les malades doivent donc être persuadés de l'efficacité de la cure qu'ils font, et il faut que le médecin leur inculque sa confiance. Cette influence du moral n'a pas besoin de démonstration. Il y a intérêt, grand intérêt, au contraire, à ce que le public soit persuadé de la curabilité de la tuberculose ; surtout parce que *cela est*.

Je n'ai pas l'intention, naturellement, d'étudier sous toutes ces faces, ici, une question aussi importante que celle de la curabilité de la tuberculose pulmonaire. Je ferai seulement appel à quelques résultats qu'ont donnés, dans ce sens, des séries d'autopsies faites systématiquement, et qui montrent la fréquence chez des malades morts d'une affection aiguë quelconque, de foyers de tuberculose latente ou guérie, c'est-à-dire inhabités par le bacille tuberculeux. Et même, en dehors de ces derniers cas, on voudra bien m'accorder que les autres, les malades qui ont des foyers habités, sont, cliniquement ou pratiquement, des malades guéris, puisque leur tuberculose ne se manifeste par aucun signe et qu'ils peuvent atteindre un âge avancé et mourir de tout autre chose. La seule différence qui les sépare des précédents, c'est qu'ils sont porteurs de bacilles, qu'à un moment donné ils peuvent s'infecter, comme un porteur de pneumocoques peut faire une pneumonie. C'est en général ainsi d'ailleurs que les granulies et les méningites se développent chez les enfants.

Chez les enfants, ces foyers de tuberculose latente se rencontrent chez des sujets morts d'une affection aiguë, la diphtérie, par exemple. A ce sujet je rappelle qu'en 1902 (Société de pédiatrie), sur 45 autopsies de diphtériques, j'ai trouvé 18 tuberculeux — dont quelques-uns, il est vrai, en évolution — soit 40 0/0.

Ce qui est remarquable, dans ces cas, c'est que souvent on trouvera ces foyers chez des enfants en apparence bien portants, et qui, jusque-là, ne semblent pas avoir présenté de signes de tuberculose.

Ces foyers de tuberculose latente augmentent de fréquence avec l'âge, de façon

à représenter le *tiers des cas* environ entre onze et quinze ans.

On a pu faire les mêmes constatations chez l'adulte.

Ce qui nous intéresse plus spécialement c'est de savoir que sur 684 examens bactériologiques de ces foyers latents, 209 fois seulement la tuberculose s'est montrée active, contre 475 fois *inactive*.

D'autre part, voici quels ont été les résultats de 943 autopsies faites dans le service de M. Letulle.

Sur ces 943 autopsies, il faut défalquer 372 phtisiques morts de leur phtisie.

Le reste, 571, comprend des malades ayant succombé à des affections autres que la tuberculose pulmonaire, et qui se décomposent ainsi :

| | |
|---|---|
| Appareil respiratoire sain ... | 141 |
| Tuberculose ancienne latente : | |
| Lésions de guérison........ | 303 |
| Lésions suspectes......... | 127 |

Soit plus de 50 0/0 de tuberculoses latentes.

Je crois inutile d'insister davantage sur ces faits, qui sont assez significatifs, et dont on peut conclure que l'immense majorité des malades adultes, hospitalisés tout au moins, ont été tuberculeux, et que beaucoup ont guéri, et bactériologiquement guéri leur tuberculose. Les documents étrangers et français sont en parfait accord.

# LE PNEUMOTHORAX
ET
# L'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ

Par le Dr Louis Rénon
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié.

Je voudrais vous parler aujourd'hui des *rapports* qui peuvent unir le pneumothorax à l'emphysème sous-cutané.

C'est une question de clinique et de thérapeutique qui vous mettra parfois aux prises avec les plus grandes difficultés de la pratique médicale courante.

Vous savez tous que le pneumothorax est l'issue de l'air dans la plèvre. Vous savez également que l'emphysème sous-cutané est caractérisé par la présence de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les rapports pouvant exister entre ces deux ordres de phénomènes sont multiples.

Voici d'abord un premier cas : l'air peut pénétrer à la fois dans la plèvre et dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans un *traumatisme externe*, par exemple, à la suite d'un coup d'épée ou de couteau, d'une fracture de côte compliquée ouvrant à la fois la peau et la plèvre. L'air qui a fait issue dans la plèvre passe dans le tissu cellulaire sous-cutané, à chaque mouvement respiratoire.

Au lieu d'être externe, la cause du pneumothorax peut être *interne*. Le pneumothorax résulte de la rupture d'une vésicule pulmonaire, de la rupture d'un tubercule pleural ou d'une caverne adhérente à la plèvre. Dans ces divers cas, l'air fait issue à la fois dans la cavité pleurale et dans le tissu cellulaire inter-lobulaire du poumon ; il y a production simultanée d'un pneumothorax et d'un emphysème, non pas d'abord sous-cutané, mais inter-lobulaire, emphysème qui gagnera le médiastin, pour apparaître ensuite au niveau du tissu cellulaire du cou et devenir franchement sous-cutané. Voilà donc un second ordre de faits. Jusqu'ici l'emphysème sous-cutané est spontané ; il est dû à la cause même qui a produit le pneumothorax ; il est parallèle dans sa pathogénie à l'évolution de celui-ci.

Dans d'autres cas, il n'en est pas ainsi. L'emphysème sous-cutané est secondaire au pneumothorax, et c'est l'*intervention du médecin* qui est responsable de cette complication. Le fait se présente dans les *pleurésies putrides*. Vous savez qu'il existe des pleurésies purulentes, dues à des agents pathogènes anaérobies, tels que le *perfringens*. Ces anaérobies développent des gaz dans la plèvre tout comme dans leurs milieux de culture habituels. La pleurésie putride deviendra donc le siège d'un pyopneumothorax essentiel. A l'auscultation, en dehors des signes pleurétiques habituels, on observe tous les symptômes ordinaires du pneumothorax. On pense de suite à faire une ponction exploratrice. C'est cette ponction exploratrice qui sera la cause de l'emphysème sous-cutané. Vous faites, je suppose, une ponction exploratrice le soir, vers 4 heures ; vous retirez un mélange de gaz et de liquide très séreux, grumeleux, d'une odeur si infecte qu'une goutte de ce liquide empoisonne toute une salle de malades. Vous examinez au microscope, vous trouvez des bacilles anaérobies. Quand le lendemain vous examinez le malade, vous êtes surpris de voir, à l'endroit où vous avez fait la ponction, un placard rouge, livide, de mauvais aspect. Si vous touchez à ce placard, vous sentez une crépitation gazeuse sous le doigt ; il s'est formé un emphysème sous-cutané. Quelle en est la pathogénie ? Dans des cas très rares, il peut être dû au passage des gaz putrides dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais généralement il est dû à l'ensemencement de la paroi par les microbes anaérobies tout le long du trajet de l'aiguille ; ces derniers ont développé l'abcès gangreneux au pourtour des points successifs d'inoculation. Pour sauver le malade, il faut ouvrir largement l'abcès gazeux et la plèvre.

Il est encore un cas dans lequel l'emphysème sous-cutané est consécutif à l'intervention médicale : c'est dans *la thoracentèse faite au cours du pneumothorax suffocant*. Dans cette variété de pneumothorax, la pression de l'air est extrêmement grande, le malade asphyxie ; devant la gravité du cas, on pense très légitimement à faire une ponction gazeuse. A la suite de la ponction, soit qu'on fasse une simple aspiration, soit qu'on introduise une aiguille à demeure dans la cavité pleurale, dans la moitié des cas, la thoracentèse permet, à travers le trou minime fait par l'aiguille, le passage de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Souvent, quelques heures après la ponction, vous serez surpris de voir votre malade complètement bouffi, le tissu cellulaire crépitant à la moindre pression du doigt. La situation devient rapidement grave : cet emphysème vient compliquer un état déjà mauvais. Le pronostic est presque toujours fatal ; le malade succombe 24 ou 48 heures après la thoracentèse.

Il existe enfin un troisième ordre de faits, dans lesquels l'intervention médicale peut être la cause de l'emphysème sous-cutané, au cours d'un pneumothorax. C'est dans la production du *pneumothorax artificiel* curateur de la tuberculose pulmonaire, d'après la méthode du Pr Forlanini, que ces accidents ont été observés. Il s'agit d'un emphysème sous-cutané « azoté » pour ainsi dire, puisque c'est généralement l'azote qui est utilisé dans la production de ce pneumothorax artificiel. Signalé par M. Dessirier (de Lyon), qui a fait une description excellente de la méthode, il n'est d'aucune gravité ; l'azote se résorbe rapidement. Je devais en faire mention, uniquement pour être complet dans ma description.

Dans cette rapide esquisse des rapports qui lient l'emphysème sous-cutané au pneumothorax, je vous ai montré toutes les modalités de leur genèse. Nous allons maintenant pénétrer un peu plus dans le *détail*, en insistant sur des points qui me semblent *très importants* dans la pratique médicale.

Examinons un instant l'*emphysème sous cutané consécutif à un traumatisme*, emphysème qui semble au premier abord intéresser beaucoup plus le chirurgien que le médecin. Comme l'a montré l'année dernière M. F. Sauerbruch dans une étude de premier ordre (*Beitræge z. Klin. Chir.*, 1908, LX, 3), l'*emphysème sous-cutané chirurgical* se présente sous deux types différents : l'emphysème thoracique latéral, dans lequel le poumon vient s'ouvrir directement dans le tissu cellulaire sous-cutané, accident peu grave, et l'emphysème de la base du cou, accident très grave, consécutif à l'emphysème progressivement envahissant du médiastin. Si j'insiste sur ces deux modalités, l'une latérale, l'autre commençant par la base du cou et secondaire à l'emphysème médiastinal, c'est qu'en étudiant avec M. E. Géraudel les diverses modalités de la pathogénie de l'emphysème sous-cutané au cours de la tuberculose, j'ai soutenu le premier en France que la clef du pronostic de cette complication résidait dans l'atteinte ou dans l'intégrité du médiastin. Nous rapportions un cas de guérison d'un emphysème franchement latéral, succédant à l'ouverture directe d'une caverne dans le tissu cellulaire sous-cutané intercostal (1). L'étude de M. Sauerbruch est la confirmation de nos idées émises depuis 10 ans, idées très critiquées, mais qui nous paraissent être l'expression de la vérité. M. Sauerbruch a décrit une méthode intéressante de traitement du pneumothorax et de l'emphysème sous-cutané. Alors que chez nous, en France, nous opérons les malades atteints de pneumothorax et d'emphysème sous-cutané à l'air libre, M. Sauerbruch pratique la suture du poumon dans une chambre pneumatique, où il maintient une différence de pression de 7 à 10 millimètres de mercure entre la plèvre et le poumon. Cet organe vient s'accoler à la paroi thoracique, et la recherche de la plaie pulmonaire peut se faire sans de trop grandes difficultés.

Laissez-moi vous parler maintenant de

(1) Louis Rénon et E. Géraudel : Emphysème sous-cutané au cours d'une tuberculose pulmonaire. Guérison (*Soc. méd. des hôp.*, 10 octobre 1902).

l'emphysème *sous-cutané spontané développé à la suite du pneumothorax, au cours de la tuberculose*, question peu étudiée et mal connue. Cet emphysème est extrêmement rare. Il en existe quelques observations, dont une très intéressante de MM. Le Play et Crouzon, que je vous demande la permission de résumer. Un homme de 30 ans fut pris subitement d'une douleur atroce dans le côté droit; l'examen révéla la présence d'un pneumothorax. Le lendemain, MM. Le Play et Crouzon furent surpris de voir le malade en proie à une dyspnée de plus en plus vive. La région cervicale était gonflée dans sa partie antérieure et latérale. Cette enflure avait commencé vers 5 heures du matin et, à 10 heures, la partie supérieure du corps était complètement déformée. « Le malade est en train de gonfler avec une rapidité surprenante; on se rend très facilement compte qu'il s'agit d'une infiltration gazeuse dans le tissu cellulaire sous-cutané (1) ». Le patient meurt le lendemain dans l'après-midi, gonflé comme ces animaux qu'on souffle avant de les envoyer à la boucherie. A l'examen microscopique, on constate la présence d'un pneumothorax et d'un pertuis faisant communiquer la plèvre avec le tissu cellulaire sous-cutané. Pour MM. Le Play et Crouzon, la genèse des accidents serait la suivante : tuberculose ancienne, avec processus cavitaire dans le lobe supérieur du poumon droit, symphyse des deux feuillets de la plèvre et symphyse pleuropariétale; puis, perforation transpleurale du sommet droit, provoquant l'envahissement de l'air dans la grande cavité pleurale. Le poumon refoulé, exerçant ensuite une traction sur les adhérences reliant le sommet à la paroi, aurait entraîné la rupture de celle-ci et provoqué la formation d'un second pertuis, par lequel l'air aurait fusé dans le tissu sous-cutané de la région cervicodorsale.

Après la coexistence spontanée et simultanée du pneumothorax et de l'emphysème sous-cutané, examinons *l'emphysème sous-cutané consécutif à l'intervention médicale*, c'est-à-dire l'emphysème survenant à la suite de la ponction des pleurésies putrides et du pneumothorax tuberculeux. L'emphysème consécutif au pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire est trop peu fréquent pour que je vous en parle encore ici.

L'emphysème sous-cutané est inévitable, si l'on fait une ponction exploratrice pour se rendre compte de l'existence d'une *pleurésie putride*, de sa formule cytologique ou de la présence de ses divers agents pathogènes. C'est donc un emphysème obligatoire, pour ainsi dire, si l'on veut pratiquer les examens actuellement indispensables dans la clinique médicale moderne. Cet emphysème sous-cutané, consécutif au développement des gaz dans la paroi thoracique, au cours d'une pleurésie putride, ne présente aucune gravité par lui-même, puisque son existence est corollaire de l'indication absolue de l'ouverture de la plèvre. Le chirurgien, intervenant en fendant l'abcès gazeux et en ouvrant la plèvre, guérira à la fois la pleurésie et l'emphysème sous-cutané.

(1) A. Le Play et O. Crouzon : Pneumothorax et emphysème médiastinal et sous-cutané (*Revue de la Tuberculose*, 1908, p. 337).

Il en est tout autrement de l'*emphysème sous-cutané consécutif à l'évacuation du pneumothorax au cours de la tuberculose pulmonaire.* Dans le pneumothorax suffocant, quand le malade est atteint d'une oppression considérable, avec un côté tympanisé, avec l'effacement des espaces intercostaux, l'examen ne révèle pas toujours les signes classiques du pneumothorax. La sonorité souvent est remplacée par de la matité à la percussion. Les vibrations thoraciques disparaissent parfois. Le pneumothorax devient muet. Pour faire le diagnostic, on est quelquefois obligé de pratiquer une ponction exploratrice avec une seringue remplie d'eau; dès la pénétration de l'aiguille dans la plèvre, des bulles de gaz viennent crever à la surface de l'eau contenue dans la seringue, indiquant la présence indiscutable de l'air dans la cavité pleurale. Dans ce pneumothorax suffocant, on veut soulager la dyspnée effroyable du malade, et on est inévitablement porté à faire une thoracentèse pour évacuer l'air. C'est généralement au cours de cette thoracentèse qu'apparaît l'emphysème sous-cutané.

En voici un exemple observé dans mon service, au mois d'octobre de l'année dernière. Nous avons reçu le 28 octobre 1908, à 7 heures du soir, un malade atteint d'un pneumothorax. Cet homme était dans un état de dyspnée tel qu'au milieu de la nuit on appela l'interne de garde; celui-ci constata l'existence d'un pneumothorax suffocant et crut bien faire en ponctionnant la plèvre avec l'appareil Potain. Cette ponction gazeuse soulagea le patient et améliora la dyspnée. Le lendemain, 29 octobre, cette amélioration ne s'était pas maintenue; le malade était dans un état de dyspnée indicible; il était violacé, la face couverte d'une sudation abondante, les mains refroidies. Nous essayâmes de l'examiner; nous trouvâmes à droite tous les signes du pneumothorax. En même temps, nous vîmes qu'au niveau de la piqûre faite pendant la nuit, il existait une plaque d'emphysème sous-cutané, crépitant sous le doigt, plaque à peu près grosse comme la paume de la main. Devant l'intensité de la dyspnée, nous décidâmes de faire une nouvelle thoracentèse pour évacuer l'air sous pression et nous utilisâmes l'appareil de M. Béclère, que je vous décrirai tout à l'heure. Nous laissâmes l'aiguille en place jusqu'à 4 heures. Pendant quelques heures, le malade se sentit extraordinairement soulagé. Mais, au niveau de notre piqûre, comme au niveau de la première piqûre, une plaque d'emphysème sous-cutané se développa. Les deux plaques s'unirent, l'emphysème augmenta rapidement. Le lendemain matin, le malade était absolument déformé. L'emphysème s'étendait sur la région du cou, sur toute la poitrine, sur le dos, sur la paroi abdominale; le soir, il descendait jusqu'au niveau du triangle de Scarpa. Les signes dyspnéiques s'accentuèrent rapidement et le malade mourut le 30 octobre, à 2 heures de l'après-midi, 36 heures après la première thoracentèse gazeuse.

Il existe d'autres cas semblables au nôtre. M. Emile Trouvé, dans une thèse intéressante faite sur *la Thoracentèse dans le pneumothorax suffocant* (Paris, 1907), relate un fait identique, observé dans le service de M. Galliard. Il s'agit d'une femme de 27 ans qui fut prise d'un pneumothorax total droit, sans liquide. Devant la dyspnée considérable présentée par la malade, M. Trouvé n'hésite pas à intervenir à l'aide d'une aiguille à ponction lombaire sur laquelle il adapte un tube de caoutchouc plongeant dans un bocal rempli d'eau. Il pratique la thoracentèse dans le huitième espace costal, au-dessous de l'omoplate; les gaz s'échappent nombreux et viennent crever en bouillonnant à la surface du liquide. L'aiguille est laissée en place pendant quelques heures. La malade semble soulagée; mais, quelques heures plus tard, elle est méconnaissable. Il existe un emphysème généralisé qui s'étend au thorax, à l'abdomen, à la face, aux membres supérieurs et respecte seulement les membres inférieurs. La ponction est renouvelée avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain, auquel on adapte un tube en caoutchouc plongeant dans un bocal rempli d'eau. De nouveau, l'air s'échappe et la malade est soulagée. L'emphysème augmente tellement dans la matinée que M. Galliard décide de pratiquer la pleurotomie. Celle-ci est faite à 4 heures du soir; néanmoins, la suffocation ne s'arrête pas, l'emphysème envahit les membres inférieurs et la patiente succombe 36 heures après la première ponction gazeuse.

En 1894, M. Galliard publie une observation analogue dont voici le résumé : pneumothorax du côté droit, survenant pendant le sommeil, chez un homme de 44 ans atteint d'emphysème pulmonaire et de tuberculose ancienne du côté droit : aggravation progressive des accidents faisant penser au pneumothorax à soupape; thoracentèse pratiquée 53 heures après l'accès de dyspnée initial; à la fin de l'opération, emphysème sous-cutané rapidement généralisé; il était dû à l'issue de l'air par la plaie pleurale; thoracotomie plus tard; mort le neuvième jour.

Dans un cas de Beaufort, rapporté par M. Galliard, on ponctionne un phtisique de 32 ans pour un pneumothorax du côté droit. Deux heures après, il est gonflé comme une outre, les jambes seules sont intactes, la tête, le tronc, les bourses sont distendus par l'air, les paupières proéminent et cachent le globe oculaire; les joues sont envahies par l'air; les bourses ont acquis le volume d'une tête d'enfant. Le malade a l'aspect d'une tonne ronde, tendue, sonore, élastique. Malgré des mouchetures pratiquées sur différents endroits, malgré la réintroduction dans la plèvre de la canule qu'on laisse en place, le malade succombe au bout de 4 jours.

Voilà un certain nombre de cas qui vous montrent *la gravité* de la production d'un emphysème sous-cutané dans les ponctions des pneumothorax. M. Maurice Perrin (*Archives générales de médecine*, avril 1909) a rapporté deux observations où la production de l'emphysème, non seulement n'a pas eu de suites graves, mais a semblé créer un processus favorable; l'emphysème a constitué chez ces malades une véritable soupape de sûreté compensant l'apport incessant de gaz dans la cavité pleurale, en les résorbant dans le tissu cellulaire. Les cas de M. Maurice Perrin, sont très intéressants, mais ils me paraissent constituer

l'exception et non la règle. L'apparition de l'emphysème sous-cutané au cours d'une ponction d'un pneumothorax reste donc une complication très grave. Pourquoi cela ? Parce que l'aiguille s'enfonce dans des tissus caséo-fibreux, non élastiques ; le trou de l'aiguille y subsiste, alors que dans une plèvre saine le trajet de l'aiguille sera oblitéré de suite.

Quelle conclusion faut-il tirer de tout ce qui précède ? Quand vous serez en face d'un pneumothorax suffocant, *que convient-il de faire?* Faut-il évacuer l'air ? Est-il préférable de le laisser? Lorsqu'on évacue l'air, on est menacé de voir apparaître l'emphysème sous-cutané, car il se produit dans la moitié des cas. Dans un cas sur deux, on peut avoir chance de soulager le malade, et, dans un cas sur deux, on court le risque de l'aggraver. Quelle conduite tenir dans cet angoissant problème ?

Malgré la crainte de l'emphysème sous-cutané, vous avez le droit de pratiquer la ponction gazeuse, lorsque vous êtes en face d'un malade qui asphyxie. Mais il faut pratiquer cette ponction avec d'infinies précautions. Ne faites pas d'aspiration, n'utilisez jamais de grosses aiguilles. Servez-vous d'aiguilles très fines ou du dispositif ingénieux décrit par M. Béclère en 1900. Prenez une éprouvette remplie d'eau jusqu'à la partie supérieure, puis un tube de verre coudé auquel vous adapterez un tube de caoutchouc avec une aiguille très fine. Mettez le tube de verre dans l'éprouvette ; l'eau montera dans le tube jusqu'au niveau où elle est dans l'éprouvette.

Pénétrez alors, avec l'aiguille, dans la cavité pleurale. S'il y existe une tension supérieure à la pression atmosphérique, l'eau sera refoulée dans le tube et des bulles d'air s'échapperont. Si la tension pleurale est moindre que la pression atmosphérique, l'eau sera attirée vers l'aiguille, dans le tube. Si la tension est égale à la pression atmosphérique, le niveau du liquide ne bouge pas dans le tube de verre. En laissant l'aiguille en place pendant 5 à 6 minutes dans la plèvre, je ne crois pas qu'on courre beaucoup de risques. Par contre, je suis tout à fait opposé à la méthode utilisée chez notre malade, c'est-à-dire laisser l'aiguille en place pendant longtemps. Quels que soient les dispositifs imaginés, il est très difficile que l'aiguille ne bouge pas ; elle est exposée à sortir, à érailler la plèvre et à faire de nouvelles voies pour l'issue de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. En tous cas, si l'emphysème se montre après la ponction, mon opinion est formelle : il ne faut pas attendre, il faut faire pratiquer la pleurotomie de suite. C'est la seule chance de survie qu'on puisse offrir au malade. Malgré les conditions défavorables dans lesquelles on opère souvent, malgré la dyspnée considérable du sujet, la pleurotomie est seule indiquée. Pratiquée selon la méthode de M. Sauerbruch, avec une différence entre la pression intra et extra-pulmonaire facilitant beaucoup la recherche de la plaie pleurale, cette opération méritera d'être appliquée dans des cas dont le pronostic paraissait jusqu'ici désespéré.



# REVUE DE BIOLOGIE

**Le liquide ascitique est-il stagnant ou circulant**

L'ascite de la cirrhose est-elle un liquide stagnant ou circulant se demandent MM. A. Gilbert et A. Philibert. Si le liquide et en circulation, la quantité de liquide mesure non pas la transsudation effectuée mais bien la différence entre la transsudation et la résorption ; elle représente en outre une voie dérivative de la circulation. MM. Gilbert et Philibert ont injecté dans l'ascite tantôt du bleu de méthylène, tantôt du salicylate de soude, puis ont recherché l'apparition de ces substances dans l'urine. Dans dix cas d'ascite cirrhotique, le bleu est apparu dans l'urine au bout d'un espace de temps variant de une heure à une heure et demie, et l'élimination s'est prolongée de 45 à 75 heures. La tension de l'ascite ne semble avoir qu'une influence médiocre sur la précocité de la résorption du bleu.

Par des ponctions exploratrices de l'ascite, on constate que le bleu introduit *in vivo* dans l'ascite y est transformé en trois heures en chromogène ; au bout de vingt-quatre heures, on ne le retrouve plus. Cependant l'élimination du bleu par l'urine continue. Ce bleu n'a cependant pas été englobé par les cellules libres, car ces éléments cellulaires, après centrifugation et examen sans coloration, se montrent libres de tout enclave de bleu.

MM. Gilbert et Philibert pensent que le bleu est probablement sous la forme d'un leuco-dérivé non décelable, état dans lequel il se trouve dans le sang selon Castaigne.

Cette transformation du bleu en chromogène est sans doute le résultat de l'activité spéciale de la séreuse péritonéale, car le bleu, mis *in vitro* dans du liquide d'ascite, y persiste pendant quinze jours et plus.

Il y a lieu de conclure, en outre, à la résorption du bleu dans l'ascite cirrhotique, par la séreuse péritonéale. On connaît la grande activité résorbatrice de cette séreuse. Il n'est pas étonnant qu'elle soit conservée au cours de la cirrhose, où les altérations péritonéales sont minimes et secondaires. La résorption du bleu indique-t-elle la résorption de l'ascite ?

La chose est probable.

(*Soc. de Biol.*).

**Fixation de la tuberculine sur la substance nerveuse.**

Depuis les recherches de Lingelsheim et de Borrel sur la toxicité des injections intracérébrales de tuberculine chez le cobaye sain ou tuberculeux, on sait que cette toxine constitue un poison extrêmement violent pour l'animal lorsqu'elle est introduite directement au contact des centres nerveux. MM. Guillain et Laroche ont pu démontrer *in vitro* cette affinité de la substance nerveuse vis-à-vis de la tuberculine par injection intracranienne de cerveau de cobaye aseptique, broyé, mis en contact avec la toxine et lavé à plusieurs reprises dans du sérum artificiel stérilisé. Les animaux meurent rapidement, avec des symptômes analogues à ceux obtenus par Borrel par injection intracérébrale de tuberculine. La substance nerveuse non seulement fixe la tuberculine, mais elle active nettement ses effets.

D'autre part, avec Gougerot et J. Troisier, ils ont constaté *in vitro* l'action destructive de la substance nerveuse vis-à-vis du bacille de Koch, fait démontré *in vivo* par Renaud. Ces deux séries de faits expérimentaux s'accordent bien, d'une part, avec les accidents parfois foudroyants, observés au cours des méningites tuberculeuses, et, d'autre part, avec la rareté de lésions histologiquement tuberculeuses dans les centres nerveux.

(*Soc. de Biol.*).

**Le foie des scarlatineux.**

MM Pierre Teissier et René Bénard ont examiné systématiquement le foie de 3.500 scarlatineux adultes, au cours de la récente épidémie. Ils ont trouvé cet organe très souvent touché : augmentation de volume, parfois considérable, douleur à la percussion, teinte ictérique de la peau, urobilinurie, cholémie parfois très intense, sont les principaux signes qui traduisent l'altération cellulaire. Ces phénomènes sont, d'ailleurs, transitoires, et, sauf chez les éthyliques avoués, disparaissent complètement à la fin de la maladie.

(*Soc. de Biol.*).

**Leuco-réactions génitales. Leuco-diagnostic de la grossesse.**

Pour MM. Achard, Bénard et Gagneux. Les réactions spécifiques des leucocytes aux extraits d'ovaires et de testicule, obtenues *in vitro* en mesurant l'action de ces extraits sur l'activité leucocytaire, passent par trois phases successives au cours de l'évolution sexuelle : avant la puberté, elles sont nulles ; puis elles apparaissent et se maintiennent pendant la période d'activité génitale ; enfin, au déclin de l'âge, elles disparaissent de nouveau.

La ménopause anticipée, résultant de la castration ovarienne, les supprime également.

La période menstruelle laisse à peu près normale la réaction testiculaire, mais accroît la réaction ovarienne.

La grossesse produit une augmentation semblable de la réaction ovarienne, mais abolit la réaction testiculaire. Cette dissociation persiste quelque temps après l'accouchement, surtout, mais non constamment, chez les nourrices. Elle existait, très nette, 4 jours après une fausse couche.

Mais la leuco-réaction vraiment caractéristique de la grossesse s'obtient avec l'extrait de placenta. Chez la femme, elle n'existe que pendant la grossesse. Elle existe dès la fin du 2e mois ; elle disparaît presque aussitôt après l'expulsion du délivre. Le nouveau-né présente une réaction placentaire pendant les quelques jours qui suivent la naissance. La réaction placentaire existe dans le sexe masculin pendant la période d'activité génitale.

(*Soc. de Biol.*).

**Les métastases cancéreuses par envahissement lymphatique rétrograde.**

D'après M. Emile Géraudel, des métastases cancéreuses, multiples et intéressant des organes différents, foie, poumons, surrénales, ganglions abdominaux, thoraciques et cervicaux, etc., relèvent dans certains cas non d'un envahissement des vaisseaux sanguins, mais d'un envahissement lymphatique rétrograde.

Ces métastases lymphatiques rétrogrades sont caractérisées par une vitalité remarquable, d'où l'homogénéité de leur substance, l'uniformité de couleur blanc ivoire, l'absence de toute dégénération, ombilication, hémorragie, ou pigmentation soit par les pigments sanguins, soit par les pigments biliaires. Ces métastases ont un siége souvent biliaire ou intraparenchymateux, non cortical.

Histologiquement, la métastase représente une symbiose parfaite entre les amas de cellules cancéreuses parasites et le chorion richement vascularisé emprunté à l'organe parasité. Grâce aux conditions de nutrition favorables assurées aux cellules cancéreuses dans ces métastases lymphatiques, les cellules cancéreuses y poursuivent leur évolution plus facilement que dans suivent leur évolution plus facilement que dans le foyer primitif et en particulier parviennent à une sorte de différenciation assez proche du type originel pour permettre l'identification de l'espèce cellulaire intéressée.

Cette propagation paradoxale, à contre-courant, des cellules cancéreuses semble relever d'un processus préalable de lymphangite oblité-

rante. Cette dernière lésion est elle-même déterminée fréquemment par la syphilis.
(*Soc. de Biol.*).

**Cirrhose de Laënnec et tuberculose.**

M. Alquier rapporte l'observation d'un grand éthylique avec tous les signes de la cirrhose de Laënnec et ascite qui, pendant les quatre mois et demi que dura l'hospitalisation, nécessita la ponction tous les dix à quinze jours.

A l'autopsie, pas de tuberculose du péritoine ni de l'appareil respiratoire. Nombreuses adhérences anciennes entre le foie et les organes de l'étage supérieur de l'abdomen, rate bien grosse, foie de volume voisin de la normale et très dur. Histologiquement, très légère ébauche de cirrhose biveineuse avec très nombreux petits foyers tuberculeux avec nécrose et cellules géantes daas les espaces portes. Contrairement à ce qu'on voit d'habitude, c'est la tuberculose qui est ici évidente et les lésions habituellement attribuées à l'alcool sont des plus discutables.
(*Soc. de Biol.*).

# REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

**L'agent pathogène de la scarlatine,** par Galmacia (*La Nuova Revista di nica terapeutica*).

On a beaucoup écrit sur l'étiologie de la fièvre scarlatine. On a recherché surtout l'agent pathogène parmi les bactéries. Les recherches, on le sait, ont échoué.

Beaucoup plus intéressantes furent les études sur les protozoaires. En 1904, Mallory ayant fait quelques incisions sur la peau de 3 scarlatineux trouva de petits corpuscules ovalaires entre les cellules épithéliales.

Duval en 1905 rencontra des formes analogues dans les vésicules provoquées par l'application de la cantharide et plus tard Sigel dans les exfoliations épidermiques de scarlatineux convalescents. En 1907, parut un travail important de Provazek: il décrit les corpuscules de Mallory qu'on appelle clycostères.

Gamalcia a trouvé ces microrganismes non seulement dans la peau, mais aussi dans le sang, la rate et les reins de 25 scarlatineux qu'il a examinés à Odessa.

La forme typique de l'agent pathogène de la scarlatine est celle du myosotis. Il y a cinq petits corpuscules rassemblés autour d'un sixième central. On en trouve des formes libres et d'autres analogues comme réunion à celle des leucocytes polynucléaires. Ce microrganisme a une forme si caractéristique, qu'il est absolument impossible de le confondre soit avec d'autres microrganismes, soit avec des produits de dégénérescence cellulaire. La régularité de sa forme est due vraisemblablement à la présence d'une capsule. La forme typique apparait seulement avec la coloration vitale (Neutral roxe).

Ce microrganisme se déforme facilement quand on le fixe par la chaleur. Gamalcia lui a donné le nom de synanthozoon.

# REVUE D'HYDROLOGIE

**Les eaux minérales influencent-elles la phagocytose?** par le Dr Kionka, d'Iéna (*Zietschrift f. Balneologie*).

Le ministère des cultes (qui comprend, en Prusse, la médecine) avait provoqué dans les stations d'hydrologie le referendum suivant : « Une eau minérale, représentant une solution saline isotonique, est-elle susceptible, par une proportion de 0,1 0/0 de chlorure de calcium (conformément aux recherches du professeur Hamburger de Groningue de fournir au corps des matériaux qui auraient dans le sérum la fonction de préparer la digestion des bactéries, d'exalter la phagocytose ? Des recherches dans les instituts officiels, au moyen d'une eau minérale offrant les conditions chimiques requises, doivent-elles être entreprises ? »

La réponse de l'A. est négative, parce que la teneur du sang en ions calciques, la plus favorable à l'augmentation de la phagocytose, doit être, d'après Hamburger, tout à fait déterminée, soit 0.1 0/0 de chlorure de Ca, et parce qu'on peut affirmer d'autre part que l'ingestion d'une eau offrant exactement cette proportion de 0.1 0/0 ne suffit pas à obtenir une teneur constante du saag en calcium dans les rapports voulus. Les recherches officielles auraient pourtant une utilité : établir le degré de concentration nécessaire à une eau minérale pour que son ingestion provoque dans le sang le degré voulu de richesse en calcium.

**Origine et nature des eaux minérales,** par le Dr Paul Carnot. (*Gazette des Eaux*).

*Origine artésienne.* — C'est pour les eaux minérales, la même origine que pour les eaux vulgaires. Les eaux d'infiltration pénétrant à une profondeur variable, s'échauffent, se chargent de principes minéraux, remontent à la surface et jaillissent. Exemple : Salins-du-Jura, Salies-de-Béarn, Biarritz, Enghien (sulfate de chaux changé en sulfure de calcium au contact des matières organiques.

*Origine plutonienne* ou *volcanique.* — Les eaux se forment par desbydratation des roches, aux centaines de degrés de la température centrale de la terre, et surtout par synthèse, l'hydrogène de la partie incandescente de la terre s'oxydant avec l'oxygène des oxydes métalliques décomposés ou avec l'oxygène venu de la surface par infiltration à travers les fissures du sol. Preuves : 1° Un bloc de granit de 1 mètre cube et de 2.600 kilogs, au rouge sombre, donne 26 kil. d'eau; 2° rejet de quantités énormes d'eau lors des éruptions volcaniques ; sources thermales aux flancs des cratères; terrain volcanique des régions hydro-minérales; 3° présence, dans les eaux, du bore, de l'arsenic et autres substances qui ont une origine profonde; dégagement, au griffon, de gaz tels que l'hélium, l'argon qui se retrouvent aussi parmi les gaz des éruptions volcaniques.

# REVUE DE PEDIATRIE

**Traitement de la coqueluche, en particulier, par les médications récentes,** par M. le Dr G. Mouriquand, chef de clinique infantile à la Faculté de Lyon (*Conc. méd.*).

Bien que l'agent spécifique reste inconnu et qu'une médication pathogénique de la coqueluche semble, pour l'instant, irréalisable, le traitement de cette affection fait chaque jour d'incontestables progrès par l'adjonction de méthodes nouvelles, les unes caduques, les autres paraissant devoir résister au temps.

Nous ferons ici, au point de vue purement pratique, la critique des diverses médications, en l'appuyant sur l'observation journalière de leurs effets.

Nous rappellerons ensuite les principes essentiels et récents de la prophylaxie de la coqueluche.

*Traitement médicamenteux.* — Puisque la cause du mal échappe, force est de recourir à un traitement symptomatique. La coqueluche étant avant tout une affection spasmodique, c'est aux anti-spasmodiques que les thérapeutes se sont de tout temps adressés. Ces médicaments sont, on le conçoit, nombreux et de valeur très diverse.

Au point de vue thérapeutique comme au point de vue clinique, l'évolution de la coqueluche comprend deux périodes généralement bien caractérisées :

1° Une *période bronchitique* de 8, 15, 21 jours, période pendant laquelle le diagnostic est des plus incertains. En l'absence de toute notion de contagion, il sera presque impossible. On tâchera, pour le faire, de s'appuyer sur la durée anormale de la bronchite, sur la fièvre plus ou moins régulière et plus ou moins marquée qui l'accompagne. Sur la présence, au niveau du poumon, à côté des ronchus et des sibilances, de petits foyers congestifs passagers et irrégulièrement disséminés (Weill). Vers la fin de la première période, souvent la toux prendra un caractère quinteux sans présenter encore les caractères pathognomoniques de la coqueluche.

A cette période, le médecin se contentera donc de lutter contre les signes de bronchite. Les potions habituelles seront de mise; il conviendra d'y joindre, si la toux est quinteuse, quelques antispasmodiques. La formule suivante pourra être employée :

| | |
|---|---|
| Sirop de tolu | 60 gr. |
| Sirop diacode | 20 gr. |
| Antipyrine | 2 gr. |
| Bromure de K | 2 gr. |
| Sirop de fleurs d'oraag. q.s.p. | 120 gr. |

2, 3, 4 cuillerées à café par jour suivant l'âge et l'intensité de la toux.

Séjour à la chambre. S'il existe de la fièvre : suppositoire avec 0.10 de quinine par année d'âge.

2° *La période des quintes* apparait enfin et précise le diagnostic et la thérapeutique.

Passons en revue les médications employées couramment.

A. Médication interne

I. — *La belladone*, préconisée par Bretonneau, Trousseau, a joui d'une très longue vogue et conserve encore de chauds partisans. C'est un bon antispasmodique.

Trousseau donnait pilule avec :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone | 0,005 |
| Poudre de belladone | 0,005 |

1 par jour, le matin à jeun. Il considérait comme très important de preadre la dose (simple ou double) en une seule fois. Certains auteurs ont abusé de la médication belladonée et provoqué des intoxications graves. Les classiques insistent sur ce fait que pour que l'action antispasmodique soit efficace il faut que la limite de tolérance soit atteinte ; mais il est difficile de ne pas dépasser cette limite et de ne pas provoquer la mydriase, sécheresse de la bouche, rougeur des pommettes, tous phénomènes caractéristiques de l'intoxication. Il vaudra mieux, pratiquement, user de faibles doses diluées. La formule de Marfan est à recommander :

| | |
|---|---|
| Sirop de tolu | 100 gr. |
| Sirop de belladone | 25 gr. |

on donnera de :

| | | |
|---|---|---|
| 0 à 2 aas | 1 à 2 cuill. à café | |
| 2 à 5 aas | 3 | — |
| 5 aos et au-dessus | 5 | — |

*L'atropine*, préconisée par Archambault, est à rejeter, comme la plupart des alcaloïdes, de la thérapeutique infantile.

II. — *L'antipyrine* est un bon médicament aussi efficace et plus maniable que la belladone. On donnera de 0.25 à 0.50 centigr. par année d'âge associée à du sirop d'écorce d'orange amère ou du sirop de framboise.

L'antipyrine peut être longtemps continuée pendant toute la période des quintes. Dans la *coqueluche légère*, son action est très nette, elle atténue l'intensité des quintes et diminue leur nombre. Même effet, à des doses plus fortes, dans les *formes moyennes*. Ceux qui ont l'habitude de son emploi s'aperçoivent pourtant vite que, dans les *formes intenses*, dans les « hypercoqueluches », l'action de l'antipyrine est à peine appréciable. Dans ces cas, elle n'atténue la violence, ni ne diminue le nombre des quintes,

Bien plus elle entretient une inappétence, voire une anorexie, à laquelle l'enfant, fatigué par les secousses de toux, n'est que trop enclin. Souvent d'ailleurs il prend sa potion en horreur. L'antipyrine ne combat pas l'anémie et y prédispose même; elle peut provoquer aussi des éruptions scarlatiniformes ou rubéoliformes d'ailleurs sans importance.

L'antipyrine est donc un excellent médicament des formes légères et moyennes de la coqueluche. Il échoue souvent dans les formes graves. Sa toxicité étant nulle, il sera de préférence donné à tout autre quand le traitement ne pourra pas être suffisamment surveillé par le médecin.

III. — La *quinine* est un bon antiseptique et antithermique de l'enfance. Il paraît raccourcir la longueur de la coqueluche, chose d'ailleurs difficile à apprécier en raison de l'extrême variabilité de l'évolution. L'enfant accepte d'ailleurs mal la quinine « per os » en raison de l'amertume de cette substance. Il vaudra mieux l'introduire par des suppositoires qui, trop répétés, ont parfois l'inconvénient d'irriter le rectum.

On donnera 0.10 par année d'âge. On pourra avantageusement remplacer la quinine par : L'*aristochine* (carbonate neutre de quinine) qui se donne aux mêmes doses. C'est une poudre insipide, que les enfants absorbent volontiers dans un verre d'eau sucrée. Ce n'est pas, à proprement parler, un médicament de la coqueluche, mais en cas de température ou d'infection menaçante on la joindra aux antispasmodiques habituels.

IV. Le *bromoforme* a fait beaucoup parler de lui depuis que Stepp en a préconisé l'emploi. Pour les uns il serait un antiseptique, pour d'autres un anesthésique local. Il est difficilement soluble et on le donnera en émulsion dans de l'huile d'amande douce, ou dans le lait. On donnera II à III gouttes au-dessous de 6 mois, III à IV gouttes de 6 mois à 1 an. On augmentera de IV gouttes par année d'âge. C'est un médicament dont l'action est très nette dans un grand nombre de cas. Mais il comporte les dangers inhérents aux médicaments actifs. Les cas d'intoxication grave, voire mortelle, par l'emploi du bromoforme, sont aujourd'hui suffisamment nombreux pour qu'une très grande prudence soit exigée dans son emploi. Les premiers signes d'intoxication sont caractérisés par la tendance au sommeil, un peu de cyanose. Dès qu'ils apparaîtront le traitement sera suspendu. Contrairement à l'antipyrine, le praticien n'emploiera le bromoforme que dans les cas — assez rares — où la médication pourra être très exactement surveillée.

V. *Bromure de potassium. Chloral*, etc. — Le *bromure de potassium* ne saurait être élevé au rang de médicament actif de la coqueluche. Il sera surtout nécessaire pour lutter contre certains symptômes de la maladie. On le donnera à dose moyenne ou forte (0.50 à 0.75 cc.) par année d'âge quand des complications d'ordre spasmodique apparaîtront, tels que le spasme de la glotte. Lorsque ceux-ci sont particulièrement violents, l'action du bromure est à peu près nulle.

Le *chloral*, à la dose de 0.10 c. par année d'âge, sera donné contre l'insomnie. Il y aura souvent avantage à associer bromure et chloral en suppositoire,

| | |
|---|---|
| K Br | 0 gr. 50 |
| Chloral | 0 gr. 20 |
| Beurre de cacao | 1 gr. |

(Enfants de 2 ans).

Le *chloroforme* pourra être donné (V à X gouttes) en inhalation, au cours des spasmes glottiques.

VI. — *Les opiacés. La morphine.* — Depuis que Trousseau a lancé contre eux son anathème, on redonte, en médecine infantile, l'opium et ses dérivés. Les travaux les plus récents ont montré le grave inconvénient qu'il y avait à accepter, sans contrôle personnel, et surtout dans leur intégralité, les idées thérapeutiques qu'une habitude routinière a rendues classiques. Si on doit proscrire, avec discernement, l'opium brut, l'extrait thébaïque, le laudanum de Sydenham, on ne peut plus actuellement rejeter la morphine du traitement de la coqueluche. Triboulet en a montré les très remarquables effets : la morphine abrégerait la durée et l'intensité du mal. La méthode a été acceptée par beaucoup avec un certain enthousiasme. L'inconstance de ses résultats nous autorise à la critiquer avec Comby, Weill et Mouriquand, etc. La morphine, à la dose de 0.001, 0.002, 0.003 milligr. (dose forte), par année d'âge, n'atténue ni ne diminue toujours le nombre des quintes. Il s'agit le plus souvent d'un demi-succès (2 demi-succès sur 10 cas) (Weill). L'enfant somnole généralement, il est tiré de sa somnolence par sa quinte; mais le résultat de cette thérapeutique n'est pas toujours appréciable.

Il semble pourtant que ce remède soit particulièrement précieux dans certains cas de coqueluches graves avec spasme glottique. Dans ces cas à asphyxie menaçante la morphine fait très rapidement céder le spasme, et — on peut le dire — peut sauver l'enfant. Lorsque le danger presse on aura dans ces cas recours aux injections sous-cutanées, mais leur action rapide peut être un peu brutale. Il vaudra mieux introduire la morphine par voie rectale soit en adaptant à la seringue de Pravaz la canule de Condamin, soit en mettant la dose de morphine dans un petit lavement d'eau tiède (50 à 80 cc.). On aura à sa disposition la solution suivante ;

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine | 0 gr. 05 |
| Eau de laurier-cerise | 5 gr. |
| Eau distillée | 5 gr. |

La seringue contient ainsi 0.005 milligr. de morphine ; on en videra le 1/4, la 1/2 ou la totalité dans le lavement, suivant l'âge de l'enfant.

Dans les cas de spasme glottique, l'action de la morphine est ordinairement rapide. Au bout de 15 à 20 minutes l'enfant s'endort, de temps à autre, les quintes le secouent (car la morphine atténue peu la violence des quintes); mais le spasme cède vite et disparaît. S'il reparaît, une dose inférieure à la première en aura vite raison. Devant l'excellent effet de la morphine, les familles ont tendance à en renouveler fréquemment l'emploi. Le médecin doit savoir résister à leur sollicitation. L'abus serait en effet très préjudiciable à l'enfant, les doses un fortes prédisposent à la somnolence, empêchent les réactions de l'organisme qui sont nécessaires pour lutter contre l'infection broncho-pulmonaire menaçante.

B. Médication externe

Elle garde chez certains médecins et chez le public une grande faveur.

A. — Les *inhalations de poudre médicamenteuses* les plus diverses sont souvent prescrites. Retenons simplement une formule simple :

| | |
|---|---|
| Benjoin pulvérisé | ââ 5 gr. |
| Salicylate de bismuth | ââ 5 gr. |
| Sulfate de quinine | 1 gr. |

B. — Les *badigeonnages du pharynx et du larynx* par une solution de cocaïne à 1/50e ou même 1/20e auraient donné quelque atténuation passagère. De même les pulvérisations de la gorge avec eau phéniquée à 1/500.

C. — Les *inhalations de gaz médicamenteux* méritent plus de crédit.

Une mention particulière doit être accordée à la quinoléine. C'est M. Weill qui en a préconisé l'emploi : on réunit tous les coqueluchenx d'une famille ou d'une salle d'hôpital dans une salle au milieu de laquelle on fait bouillir dans une casserole 100 gr. d'eau en y ajoutant X à XX gouttes de quinoléine par enfant. On ordonne trois ou quatre séances par jour. En même temps qu'une action antispasmodique, la quinoléine aurait une action antiseptique et préventive de la broncho-pneumonie.

C'est qu'en effet si les agents de la médication interne ont généralement pour rôle d'atteindre le spasme, les agents de la médication externe ont surtout des prétentions antiseptiques vis-à-vis des complications broncho-pulmonaires.

On a préconisé diverses vapeurs médicamenteuses pour faire le balayage de l'alvéole et des bronches : les inhalations d'ozone, de vapeurs phéniquées, les inhalations d'air sous pression, etc. Ces méthodes ont des succès et des résultats divers.

L'*inhalation d'oxygène* mérite, à notre avis, toute l'attention du médecin. Son emploi vient d'être récemment précisé et systématisé par Weill et G. Mouriquand. Ces auteurs, ayant administré l'oxygène chez les coqueluchenx pour prévenir l'installation des broncho-pneumonies, ont remarqué que l'oxygène avait pour effet à peu près constant de diminuer l'intensité de leurs quintes. Ils ont ensuite systématiquement employé cette inhalation chez tous les coquelucheux qui se présentaient à eux. Voici ce qu'une longue étude et expérience de 4 ans leur ont appris :

Dans les cas de coqueluches graves, ainsi que nous l'avons indiqué, les médicaments ordinaires de la coqueluche et notamment l'antipyrine, ne produisent aucune amélioration notable. La morphine elle-même échoue dans ces cas. L'oxygène employé en inhalations systématiques amène au contraire une amélioration manifeste. Si l'on donne l'oxygène au début des quintes, la quinte diminue d'intensité, le vomissement est souvent prévenu. La cyanose et l'abattement qui suivent les quintes sont, de ce fait, moins intenses. L'état général reste meilleur, et en raison des qualités « apéritives » bien connues de l'oxygène, l'appétit est souvent conservé et l'anémie habituelle est moins marquée.

L'emploi prolongé des inhalations s'il raccourcit les quintes et diminue leur intensité ne paraît pas diminuer leur nombre ainsi qu'il résulte des tableaux publiés par les auteurs de la méthode.

L'oxygène a aussi l'avantage d'assurer, sans inconvénient, sans irritation (contrairement aux diverses vapeurs médicamenteuses), l'antisepsie pulmonaire et prévient, dans une certaine mesure, l'infection broncho-pneumonique. Celle-ci peut, à la vérité, apparaître malgré son emploi. Dans ces cas, l'oxygène doit être donné non seulement au moment des quintes mais en dehors d'elles, 5 minutes toutes les heures, voire toutes les demi-heures dans les cas graves. Ainsi traitée, ainsi prise au début, il est rare que la broncho-pneumonie devienne menaçante. On donnera l'oxygène *larga manu*. Des faibles doses sont dans ces cas insuffisantes. Il faut 100, 200, 300 litres par jour pour obtenir une désinfection suffisante du parenchyme pulmonaire. L'inconvénient de la méthode réside dans la cherté du gaz. Il est difficile de l'employer — aux doses suffisantes — en dehors de l'hôpital ou des milieux aisés.

L'*hygiène* du coquelucheux — sur laquelle nous ne désirons pas insister — sera simple, on l'installera dans une chambre facile à aérer. Il gardera le lit s'il existe de la fièvre; si la température est normale, la saison chaude, il pourra dans les cas bénins sortir pendant les bonnes heures de la journée. Les formes moyennes et sévères resteront à la maison pendant toute la période d'état. L'hiver, aucun coqueluchenx ne sera exposé au froid.

L'*alimentation* sera liquide si la fièvre est marquée. Dans le cas contraire elle sera légère mais substantielle : purées de viande, de légumes, cervelles, ris de veau, poissons, œufs ; pas de viande, etc. Quand l'enfant vomira, on le refera manger mais sans exiger trop s'il a le dégoût des aliments. — S'il s'agit d'un nour-

risson, on le remettra au sein. — Les vomissements répétés seront combattus par le café noir, la caféine.

Des soins antiseptiques constants seront pris du côté de la bouche et du nez.

*Faut-il changer d'air après la coqueluche?* La question est encore discutée, non résolue. Pratiquement, les coqueluches bénignes, voire moyennes, guériront sans qu'il soit nécessaire de changer de résidence. Les cas où les quintes s'éterniseront se trouveront bien d'un séjour dans une autre localité qu'on désignera suivant les exigences de la saison (littoral l'hiver, montagne l'été).

*En résumé. Coqueluche légère.* — Antipyrine, alimentation normale, sortie si beau temps.

*Coqueluche moyenne.* — Antipyrine à fortes doses ; si elle échoue, tenter avec prudence, belladone, bromoforme, etc. Inhalation de vapeurs de quinoléine.

*Coqueluche grave.* — En l'absence du succès des médications habituelles : inhalation d'oxygène au moment des quintes ou toutes les heures s'il y a menace de broncho-pneumonie.

Si complications redoutables spasmodiques : morphine.

Après : fréquemment, changement d'air nécessaire.

## REVUE D'UROLOGIE

**L'imperméabilité rénale quantitative,** par le Dr Courtellemont. (*Sem. méd.*)

L'imperméabilité rénale quantitative existe quand il n'y a plus une proportion normale entre l'élimination et l'absorption de liquide ingéré ; on devra y penser en présence d'un malade qui urine peu en buvant abondamment.

La différence qui doit exister entre le volume du liquide ingéré et celui de l'urine excrétée en vingt-quatre heures, peut varier normalement entre 100 et 300 grammes, le premier restant ordinairement supérieur au second.

S'il y a imperméabilité quantitative, on verra, en augmentant la quantité de liquide à ingérer, apparaître en même temps la dyspnée, et le volume des urines beaucoup moindre que le volume du liquide ingéré.

Il faut dans ce cas arriver par tâtonnements à déterminer la quantité de boisson optima à ordonner, pour que l'écart entre celle-ci et celle des urines ne dépasse pas 100 à 300 grammes.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**La scille. — Poudre de scille,** par le Dr André Lombard (*Conc. Méd.*).

Employée depuis la plus haute antiquité et douée d'une action irritante quelquefois utilisée localement pour obtenir la disparition de végétations cutanées ou la résorption de faibles épanchements liquides, la scille est surtout administrée utilement par le tube digestif. Elle constitue dans la médecine des enfants, comme dans celle des adultes, un médicament peu dangereux, facilement maniable.

A dose toxique, elle ne produit pas de diurèse, mais provoque des troubles gastro-intestinaux, des convulsions, de la dyspnée, des palpitations, puis de l'irrégularité du cœur et la mort par syncope ou collapsus. A dose forte, mais non toxique, elle provoque encore des vomissements et des selles abondantes, mais aussi la sédation du pouls et de la respiration et la diurèse.

La scille est d'abord un puissant diurétique ; ses propriétés excitantes, incisives, expectorantes ne sont que secondaires. Dans les œdèmes, les hydropisies, l'anasarque d'origine cardiaque, son action diurétique est très manifeste ; moins que la digitale, elle est tonique du cœur, mais plus qu'elle, elle est diurétique ; au reste les deux médicaments sont souvent associés.

S'il y a de l'œdème pulmonaire, de la pleurésie, de l'ascite, elle trouve son indication comme diurétique. Comme excitant, on l'emploiera dans les affections de l'appareil respiratoire, et aussi comme incisif et expectorant, spécialement dans le catarrhe bronchique subaigu, la coqueluche. Dans la pneumonie et les maladies aiguës infectieuses, quand les malades urinent peu, elle est indiquée à la fois comme diurétique et expectorant.

Un mauvais état du tube digestif, les hémorrbagies, la phtisie pulmonaire, les affections douloureuses du système nerveux, contre-indiquent son emploi. Mais la contre-indication la plus formelle provient de l'albuminurie, des néphrites ; le médicament cesserait d'être inutile pour devenir dangereux.

La *poudre de scille*, rougeâtre, très amère, constitue un excellent mode d'administration ; mais elle ne doit pas dater de plus d'un an; on assure sa conservation — elle est très hygrométrique — en additionnant de sucre de lait. On en prescrit 0 gr. 10 à 0 gr. 80 en paquets ou en pilules.

| | |
|---|---|
| Poudre de scille | 0 gr. 10 |
| Sucre de lait | 0 gr. 20 |

En 1 paquet, en faire 15, en prendre un toutes les 4 heures. Chez l'enfant, on prescrit un centigramme par jour et par année d'âge ; la dose quotidienne est avalée en 4 ou 5 paquets (un toutes les 2 heures), dans une cuillerée d'eau ou de lait.

On l'associe souvent à la digitale et à la scammonée ; pour un enfant de 5 ans :

| | |
|---|---|
| Poudre de scille | 0 gr. 01 |
| Poudre de digitale | 0 gr. 01 |
| Poudre de scamonée | 0 gr. 01 |
| Sucre de lait | 0 gr. 20 |

En 1 paquet, en faire 5. En prendre un toutes les 2 heures (Comby).

Chez l'adulte, on prescrira :

| | |
|---|---|
| Poudre de digitale | 0 gr. 05 |
| Poudre de scille | 0 gr. 05 |
| Poudre de scammonée | 0 gr. 05 |
| Sirop de gomme | q. s. |

En 1 pilule, en prendre 4 ou 5 par jour pendant 4 ou 5 jours.

On l'associe encore au calomel pour développer ses propriétés diurétiques ; et on prescrit à un enfant de cinq ans :

| | |
|---|---|
| Poudre de scille | 0 gr. 01 |
| Calomel à la vapeur | 0 gr. 01 |
| Sucre pulvérisé | 0 gr. 10 |

En 1 paquet ; en prendre 5 dans la journée.

Ses propriétés expectorantes sont exaltées par l'association avec le kermès ou le soufre doré d'antimoine :

| | |
|---|---|
| Poudre de scille | 0 gr. 05 |
| Kermès (ou soufre doré d'antimoine | 0 gr. 05 |

En 1 pilule ; en prendre 3 ou 4 par jour pendant une dizaine de jours.

De même, on la conseillera en même temps que le soufre, dans les affections bronchiques ou pulmonaires, le soufre étant prescrit, comme expectorant, à la dose de 2 à 3 grammes ; M. Comby conseille :

| | |
|---|---|
| Poudre de scille | 0 gr. 02 |
| Soufre lavé | 0 gr. 04 |
| Sucre | 0 gr. 10 |

En 1 paquet, en prendre de 2 à 5 par jour, selon l'âge de l'enfant.

On ne constate pas avec la scille de phénomènes d'accumulation ; mais son emploi prolongé peut être suivi d'accidents du côté du tube digestif ; l'intolérance au médicament, ou l'irritation du tube gastro-intestinal, se manifeste par des vomissements et surtout de la diarrhée.

## REVUE CLINIQUE

**Le foie torpide,** par le Dr Maurice Lœper (*Bulletin médical*).

L'examen des urines reste, même dans ces cas limités, un des meilleurs indicateurs de l'état torpide du foie. Avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, nous donnerons surtout de l'importance à la recherche de l'urobiline, de l'indican, de l'acide urique, aux coefficients azoturique et sulfaturique : ce sont les cinq éléments principaux du syndrome urologique.

L'urobilinurie n'est certainement pas rare dans les états hépatiques et, chez quelques malades même, l'urobiline existe non seulement dans l'urine, mais aussi, sous forme de chromogène ou d'urobiline vraie, dans le sérum. On doit se borner à enregistrer le fait sans en discuter le mécanisme pathogénique.

L'indicanurie a été considérée par MM. Gilbert et Weil comme un signe d'insuffisance hépatique. Le foie fatigué ne pouvant s'opposer au passage dans le sang des sulfoconjugués intestinaux, l'indican, en plus ou moins grande abondance, apparaît dans l'urine. Bien que l'indicanurie existe dans les diarrhées ou constipations simples alors que le foie est quasi normal, et bien que les malades atteints de foie torpide aient souvent des troubles intestinaux, nous devons signaler la présence, en proportion notable, d'indican dans cinq au moins de nos observations.

Aucune expérience ne nous permet de considérer encore le foie humain comme le lieu principal de la formation de l'acide urique, et l'on ne peut appliquer à l'homme les conclusions expérimentales de Minkowski (1), mais nous savons que la proportion d'acide urique urinaire s'élève notablement dans la cirrhose atrophique et dans l'ictère grave, ce qui semble indiquer que le foie n'est pas étranger à sa production. La plupart des malades que nous avons observés ont présenté, dans leurs urines de vingt-quatre heures, un chiffre d'acide urique oscillant de 0 gr. 65 à 0.85, 1.05 et 1.07, et cet excès d'acide urique nous apparaît comme un signe de la torpeur hépatique.

On sait qu'il existe dans les urines deux variétés de soufre (A. Robin) : le soufre oxydé et le soufre non oxydé, c'est-à-dire d'une part les sulfates et les sulfoconjugués, d'autre part la cystine, la taurine et ses dérivés. Le foie est l'agent principal de l'oxydation des soufres, aussi ne faut-il pas s'étonner que le chiffre du soufre oxydé s'abaisse dans les états hépatiques. Le rapport du soufre total au soufre oxydé (2) est à l'état normal de 83.5 0/0 (Salkowski), de 80 0/0 (Lépine), de 88 0/0 (Robin). Lépine l'a vu s'abaisser dans l'ictère de 76 à 38 0/00. Nous avons fait doser le soufre urinaire chez quatre de nos malades et nous avons trouvé les chiffres suivants :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Soufre total | 2.25 | 2.56 | 2.80 | 1.95 |
| Soufre oxydé | 1.68 | 1.70 | 1.98 | 1.22 |
| Rapport $\frac{S\ O}{S\ T}$ | 74 | 66 | 70 | 62 |

Cet abaissement du rapport au-dessous de 80 est un nouvel indice de torpeur hépatique.

Reste le coefficient azoturique qui est certainement celui dont l'étude est la plus facile et qui fournit les renseignements les plus constants. Il n'est pas si léger trouble du fonctionnement hépatique qui ne retentisse sur l'élaboration de l'urée, qui n'en diminue la proportion absolue par rapport à l'azote total et qui ne modifie, par conséquent, le rapport azoturique. Il est admis qu'à l'état normal, l'azote de l'urée représente

(1) On sait que cet auteur a démontré chez les oiseaux l'origine de l'acide urique dans le foie.

(2) Du Pasquier et Gouraud. — Des coefficients urinaires (*Gaz. des hôp.* 1er oct. 1903).

environ 85 0/0 de l'azote total, c'est-à-dire que le rapport est égal à 85. Dans les cirrhoses ce chiffre s'abaisse jusqu'à 60 et 65, dans les cancers du foie à 50 et dans l'ictère grave à 30 0/0. Dans les insuffisances légères du foie, dans le foie torpide, les variations sont infiniment moins considérables et cependant restent encore perceptibles ainsi que le montrent quelques-uns des résultats obtenus chez nos malades.

| Azote uréique | Azote total | Rapport $\frac{Az\ U}{Az\ T}$ |
|---|---|---|
| 10.64 | 13.25 | 0.80 |
| 9.8 | 13.1 | 0 75 |
| 7 12 | 9.57 | 0.80 |
| 9.5 | 13. | 0.73 |
| 13.02 | 16.17 | 0.80,5 |
| 9.14 | 14. | 0.79 |
| 8.74 | 11.40 | 0.76 |
| 9.2 | 13. | 0.74 |

Le chiffre de l'urée peut donc apparaître normal ou même supérieur à la normale, alors que la proportion est restée, par rapport à l'azote total, notablement insuffisante. Sur les huit cas examinés, ce rapport est toujours inférieur à 85, trois fois inférieur à 80 et deux fois inférieur à 75.

Ces différentes recherches suffisent à affirmer l'insuffisance du fonctionnement hépatique. Sans doute, il est possible de recourir, pour le mieux mettre en évidence, aux divers procédés d'exploration du foie utilisés dans les hépatites véritables, mais à part l'épreuve de la glycosurie alimentaire, que nous avons vue positive chez deux de nos malades, la plupart des méthodes employées : glaucurie (Chauffard), indicanurie expérimentale, ammoniurie expérimentale (Gilbert et Carnot), ne donnent des résultats précis que dans les maladies hépatiques proprement dites.

**Le diabète pancréatique,** par le Dr M. F. Ramond (*Soc. méd. des hôp.*).

L'existence du diabète pancréatique est basée sur des arguments d'ordre clinique, anatomo-pathologique et expérimental. Le début de ce diabète est brusque, son évolution rapide s'accompagne d'une glycosurie considérable, avec amaigrissement profond; sa terminaison fatale se fait aussi bien par tuberculose pulmonaire intercurrente que par coma ou autre complication purement diabétique. A l'autopsie, on trouve des lésions très nettes du pancréas, depuis la sclérose interstitielle atrophiant une à une les diverses cellules, jusqu'à la sclérose massive ou tout autre processus destructif. Enfin, les expériences de Mehring et Minkowski, de Hédon et de Thiroloix semblèrent prouver que l'extirpation totale de la glande amenait rapidement une glycosurie consomptive. Cependant on ne tarda pas à s'élever contre une interprétation aussi simpliste du diabète pancréatique.

Sandmeyer démontra que l'extirpation complète n'était pas toujours nécessaire.

Lüthje, Schluz et Zulzer soutinrent qu'il était impossible d'enlever toute la glande par le procédé de Mehring; tout récemment Pflüger et Witzel confirmèrent le fait. D'autre part, on ne compte plus les observations de diabète, étiqueté pancréatique pendant la vie, et où la glande fut trouvée intacte à l'autopsie. Inversement, il n'est pas rare de rencontrer des lésions profondes du pancréas ne s'étant manifestées par aucun symptôme diabétique. Pour sa part, F. Ramond a pu observer trois faits cliniques de diabète pancréatique typique sans lésions du pancréas. Aussi a-t-il voulu tenter quelques nouvelles expériences sur le chien, afin de se faire une opinion sur la question. Quatre chiens furent opérés d'après la technique de Thiroloix; trois fois il n'y eut pas de glycosurie; dans le quatrième cas, survint un diabète léger qui ne dura que deux mois. L'autopsie de tous ces animaux prouva qu'il persistait toujours une parcelle de pancréas. Aussi dans une deuxième série d'expériences, l'auteur modifia-t-il le manuel opératoire ; il tenta sur dix chiens, seul ou en collaboration avec M. Frédet, l'extirpation totale du pancréas d'après la méthode de Sauvé. La glande est enlevée avec le duodénum ; l'estomac est abouché avec l'intestin grêle et la vésicule ou le cholédoque avec l'estomac et le jéjunum, afin de rétablir le cours des humeurs et des matières alimentaires. Dans ces conditions, l'extirpation du pancréas est complète, mais la survie de l'animal est malheureusement très courte : vingt-quatre à quarante-huit heures en moyenne. Dans un cas elle fut de quatre jours et dans un autre de cinq jours. Toutes les fois que l'ablation fut totale, il y eut glycosurie moyenne de 10 p. 1.000 et azoturie énorme. Par contre, dans deux expériences, il resta un lambeau de pancréas et il ne produisit pas de glycosurie. La suppression totale du pancréas fut donc nécessaire pour provoquer l'apparition du sucre. La mort était due pour une part au traumatisme et dans deux cas à l'hémorragie post-opératoire. Mais la cause principale résidait dans une stéatose rapide et massive du foie; le chien succombait surtout aux atteintes d'un ictère grave foudroyant indépendant de toute infection et dû manifestement à la suppression complète du pancréas. Aussi, lorsque la survie était de plusieurs jours, voyait-on la glycosurie s'atténuer progressivement puis disparaître souvent quelques heures avant la mort.

Ces faits expérimentaux ne rappellent que de loin la réalité clinique, car l'ablation totale du pancréas est nécessaire pour occasionner une glycosurie permanente, et cette ablation est incompatible avec une survie appréciable. Dans ces conditions, il est rationnel de supposer que si le pancréas joue un rôle dans la production du diabète, ce rôle n'est pas aussi absolu que le veulent beaucoup d'auteurs. Peut-être même son action est-elle du même ordre que celle d'autres glandes, telles que la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse ou les glandes salivaires, dont l'effet diabétogène a été prouvé par de nombreux expérimentateurs.

## CARNET DU PRATICIEN

### Asthme

*Si l'accès commence ou va commencer*, badigeonner le nez en remontant aussi haut que possible avec un pinceau imbibé de :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne...... | 1 gramme |
| Eau distillée.................. | 20 — |

On pulvérise dans le nez ou la gorge une cuillerée à bouche de cette solution.

En cas d'échec, faire respirer fortement 6 à 12 gouttes de *pyridine* versées sur un mouchoir ou mettre près du lit du malade une soucoupe contenant 3 à 4 grammes de pyridine.

Si *l'accès a commencé*, faire fumer des *feuilles pulvérisées de datura* roulées en cigarettes, ou du papier nitré divisé en très petits morceaux. Essayer en même temps la cocaïne et la pyridine.

Si *l'accès est à son apogée*, faire une injection hypodermique de 1 centigramme de morphine.

*En dehors de l'attaque* : iodure de potassium. Débuter par 0 gr. 25 par jour; arriver à 2 grammes si l'asthme est invétéré.

*Traitement de la diathèse* : Pendant une quinzaine de jours, faire prendre, si c'est possible, 2 grammes d'iodure de potassium par jour. Puis, pendant quinze autres jours, donner chaque matin :

| | |
|---|---|
| Poudre de feuilles de belladone.. | 0 gr. 20 |
| Extrait de belladone............ | 0 gr. 20 |

Pour 20 pilules : débuter par une demi-pilule, donner ensuite une pilule,

En même temps donner une cuillerée à café par jour de :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude........ | 0 gr. 05 |
| Eau distillée............... | 80 grammes |

Au bout de quinze jours, reprendre pendant une quinzaine l'iodure de potassium et ainsi de suite pendant cinq à six mois.

Dieulafoy.

### Muguet

| | |
|---|---|
| Eau de chaux............ | 50 grammes |
| Eau de fenouil.......... | 50 — |
| Sirop d'anis............ | 25 — |

(Gargarisme pour lavage de la bouche.)

G. Lemoine.

### Comment préparer un bain de goudron

M. Taeger recommande de prendre 150 gr. d'huile goudronneuse de bouleau qu'on mélange avec 90 grammes d'une solution de potasse caustique à 15 p. c. Après avoir agité on ajoute un demi-litre d'alcool dénaturé.

Verser lentement la moitié de ce liquide dans le bain, en agitant l'eau de la baignoire. Le bain présente une teinte café au lait.

Pour un bain de pied ou de main, prendre pour une cuvette d'eau, deux cuillerées à bouche du liquide préparé comme plus haut.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant* pas *d'eau en bouteille.*

En «*italique*». — *Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant* pas *localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

En CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — THORENC (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

Gérant : Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Cauterets.**

Nous avons appris avec plaisir la nomination comme officier de l'instruction publique de M. Jorly, le distingué administrateur de l'établissement thermal.

**Contrexéville.**

Une subvention de 500 francs a été accordée à la Société hippique.

**Luchon.**

La subvention accordée annuellement à la Société hippique de Luchon, vient d'être augmentée de 1.000 francs, par le comité de la Société d'Encouragement.

La Société du demi-sang vient aussi d'informer M. Ruau, ministre de l'Agriculture, qu'elle accordait à la Société des courses de Luchon une subvention de 500 francs pour être affectée à une épreuve de trot.

**Salies de Béarn.**

Le syndicat d'initiative a décidé, sur la proposition de notre directeur scientifique, M. le professeur Reclus, d'élever un buste à la mémoire du professeur Brissaud.

**A l'Académie.**

Demande d'autorisation pour la source Eva, à Rubinat (Espagne).

## ÉCHOS

**L'Orchestre médical.**

L'Orchestre médical a remporté un grand succès et a une excellente presse. C'est ainsi que le *Figaro* parle de ce groupement :

« Nos médecins parisiens — les plus parisiens de nos médecins — sont des fervents de musique. Beaucoup d'entre eux sont aussi des instrumentistes et des compositeurs de talent. L'idée leur est venue de fonder un orchestre qui, dit-on, pourra rivaliser avec les plus réputés. Ils étaient une dizaine quand le professeur Richelot, de l'Académie de médecine, le Dr Robert-Simon, le Dr Raoul Bloudel, dont on joue *le Rêve de Sainte-Thérèse*, aux Concerts Lamoureux, eurent cette pensée.

Ils étaient cent cinquante lorsque, s'acheminant vers la réalisation de leur projet, ils demandèrent à M. Büsser, chef d'orchestre de l'Opéra, de devenir aussi le leur. M. Busser procède à des auditions et choisit, parmi les docteurs qui s'étaient présentés, soixante-dix exécutants. L'orchestre médical se trouva alors composé de vingt-quatre violons, de dix altos, de douze violoncelles, de six flûtes, d'un basson, d'un contrebasson, de deux hauthois, de deux clarinettes, d'un trompette, d'un cor anglais et de deux cors d'harmonie, d'un trombone, de contrebasses, enfin d'une grosse caisse et d'un timbalier. Un comité fut formé dont le prof. Richelot, premier violon, devint le président, et dont firent partie les Drs Raoul Blondel, Vaucaire, premier alto. Le Breton, premier prix de violon du Conservatoire, violon-solo, Destouches, ce dernier en qualité de secrétaire.

L'orchestre médical était né.

Les répétitions ont commencé. M. Büsser se déclare fort satisfait de ses exécutants. L'orchestre médical a déjà joué en petit comité l'ouverture d'un grand opéra et une symphonie fort difficile.

Il se produira en public au mois d'avril. M. Delval aurait accepté de prêter son théâtre de l'Athénée. Et, par la suite, l'orchestre médical se produira au bénéfice d'œuvres charitables. Par exemple, « la Maison du médecin », l'œuvre d'assistance mutuelle que les médecins de Paris désirent fonder. »

**La fréquence du diabète dans les principales villes du monde.**

Les statistiques montrent que, depuis un certain nombre d'années, la mortalité par le diabète a notablement augmenté dans les pays civilisés. Il semble qu'elle marche de pair avec l'accroissement du cancer, sans qu'il y ait cependant entre les deux maladies un rapport bien étroit. En Angleterre, d'après des relevés fort intéressants recueillis par Williamson, la moyenne annuelle était, pour la période de 1850 à 1860, de 454; dans la période de 1860 à 1868, le chiffre monte à 628; puis, d'année en année, il va grossissant : 1.057 en 1868; 1.773 en 1888; 2.585 en 1898, pour atteindre, en 1908, 3.360. La population a augmenté d'environ 100 p. 100, tandis que la mortalité par le diabète est montée d'environ 700 p. 100.

En étudiant la mortalité causée par cette maladie dans les différents grands centres du monde, Williamson a constaté que cette mortalité était encore moindre en Angleterre que dans beaucoup d'autres pays. Voici, par exemple, quelques chiffres des capitales ou grandes villes d'Europe. Tandis qu'à Londres, le taux de mortalité (par cette maladie) est de 8,3 pour 100.000 habitants, de 6,6 à Manchester, de 12,7 à Edimbourg, de 7,1 à Glasgow, de 3 à 4 à Dublin, il s'élève à 12 à Christiania et à Stockholm, à 12 à Amsterdam, Budapest, à 11 à Madrid, à 16 à Copenhague, à 14 à Bruxelles, à 15 à Munich, à 17 à Paris, 20 à Berlin, 25 à Bordeaux. La proportion serait encore plus considérable, d'après le même auteur, pour certaines villes d'Amérique, 17 à New-York, Washington, 18 à Boston, 20 à San-Francisco, 27 à Worcester, dans le Massachusetts. 21 à Rochester et 26 à Syracuse (Etats-Unis). Par opposition, on trouve cette mortalité très faible, à Naples, en Sicile, presque nulle à la Jamaïque. (*La Nature*).

**XXXIXe Congrès de la Société allemande de chirurgie.**

Ce Congrès aura lieu cette année à Berlin, du 20 mars au 2 avril. Pour limiter l'ordre du jour absolument surchargé l'année dernière, le Comité a décidé que chaque membre ne pourrait présenter qu'une seule communication, dont le titre et le résumé doivent parvenir au président, M. le professeur Bier, avant le 16 février.

**Une Exposition internationale d'Hygiène.**

Cette Exposition aura lieu à Dresde, en 1911, sous le protectorat de S. M. le roi de Saxe et sous la présidence d'honneur de S. E. Bethmann Hollweg, chancelier de l'Empire; S. E. le Prince de Bulow; S. E. le comte V. Eckstadt, ministre d'Etat du Royaume de Saxe, et du Dr Beutler, bourgmestre de Dresde.

Le programme embrasse toutes les branches de l'hygiène :

1° Air, lumière, sol, eau; 2° Etablissements et habitations; 3° Alimentation; 4° Vêtements et soins corporels; 5° Professions et travail; 6° Maladies infectieuses; 7° Soins aux malades et moyens de sauvetage; 8° Enfants et adolescents; 9° Voyages et transports; 10° Armée, Marine; 11° Hygiène des tropiques; 12° Statistique; 13° Groupes spéciaux (tuberculose, alcoolisme, maladies vénériennes, cancéreuses, des dents); 14° Section historique.

**Le service médical dans les industriel où le personnel est exposé à l'intoxication saturnine.**

Sur la proposition du ministre du Travail, le Président de la République a rendu le décret suivant :

Article premier. — Dans les établissements où sont exécutés les travaux dangereux énumérés à l'article premier du décret du 23 avril 1908, les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus d'assurer le service médical dans les conditions définies ci-après.

Art. 2. — Un médecin désigné par le chef d'établissement procède aux examens et constatations prévues aux articles 3 et 4.

La rémunération de ces visites est à la charge de l'entreprise.

Art. 3. — Aucun ouvrier ne doit être admis aux travaux visés à l'article premier du décret du 23 avril 1908, s'il n'est muni d'un certificat délivré par le médecin, et constatant qu'il ne présente aucun symptôme d'affection saturnine ni de maladie susceptible d'être aggravée dangereusement par le saturnisme.

Art. 4. — Aucun ouvrier ne doit être maintenu aux mêmes travaux, si le certificat n'est pas renouvelé un mois après l'embauchage et ensuite une fois par trimestre.

En dehors des visites périodiques, le chef d'établissement est tenu de faire examiner par le médecin tout ouvrier qui se déclare indisposé par les travaux auxquels il est occupé, ou qui exprime le désir d'être soumis à un examen médical.

Art. 5. — Un registre spécial mis constamment à jour et tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, mentionne pour chaque ouvrier :

1° Les dates et durées d'absence pour cause de maladie quelconque;

2° Les dates des certificats présentés pour justifier de ces absences, les indications d'ordre médical qu'ils contiennent et la mention du médecin qui les a délivrés;

3° Les avis donnés par le médecin de l'établissement par application des articles 3 et 4 ci-dessus ;

Art. 6. — Le délai d'exécution desmesures édictées par le présent décret est fixé à trois mois à partir de sa publication.

**La Société médicale des Praticiens.**

La Société médicale des Praticiens vient de renouveler son bureau pour l'année 1910.

Ont été nommés : Président, Dr Le Filliâtre; vice-présidents, Drs Regnault et Georges Rosenthal; secrétaire général, Dr P. Barlerin; trésorier, Dr Maurice; secrétaires des séances, Drs Risacher et Wurtz.

81e Année (Série XIIIe) — N° 56 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES 15 Mars 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

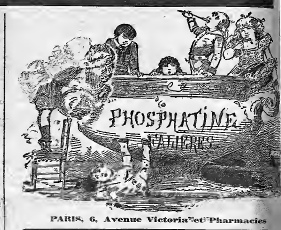
| | |
|---|---|
| Paris et Départements | 5 fr. |
| Union postale | 7 fr. |
| Édition Espagnole | 10 fr. |
| Édition Portugaise | 10 fr. |

Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne Gazette de Santé
(138e Année)
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16


CACODYLE
GAIACOL
STRYCHNINE
E TRIBUS ROBUR TRIPLEX




PHOSPHATINE
FALIÈRES

# ÉCHOS

**Un doyen.**

Notre confrère, le Dr Boulle, de St-Valérien, près d'Auxerre, vient d'atteindre l'âge de cent ans. Le Conseil municipal a été le féliciter publiquement. Le Dr Boulle a été maire de St-Valérien et conseiller d'arrondissement.

**Pour nos confrères sinistrés.**

Le Syndicat des médecins de la Seine fait les propositions suivantes :

Décidé de porter d'urgence remède dans la mesure de ses moyens à ces infortunes, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance du 5 février 1910, a décidé à l'unanimité de mettre sous forme de prêts gratuits, dans une mesure modeste, mais appréciable, les réserves de sa caisse à la disposition des confrères sinistrés, syndiqués ou non, car en pareil cas, on ne saurait faire de distinction.

Tout confrère qui désirerait avoir recours au Syndicat est prié de s'adresser au Syndic de la région qu'il habite. Avec toute la rapidité et la discrétion désirables, ce dernier communiquera la demande au bureau du Syndicat qui statuera d'urgence.

Dans le cas peu probable où les réserves du Syndicat seraient insuffisantes, le Conseil a décidé d'examiner la nécessité d'un recours à d'autres groupements médicaux, de l'ouverture d'une souscription ou de tout autre moyen de faire face à la situation.

Ayant foi dans les sentiments de haute probité et de délicatesse qui ont toujours été l'apanage du corps des médecins praticiens, le Conseil du Syndicat est persuadé que l'avenir de sa caisse syndicale, destinée uniquement à la défense professionnelle, loin d'être compromis, sera mieux assuré par cette mesure. Il croit contribuer ainsi à resserrer les liens confraternels qui devraient unir étroitement tous les médecins praticiens de la Seine sous la protection de leur Syndicat.

**Ceux qui s'en vont.**

Nous apprenons avec regret le décès de notre éminent ami, le professeur Kuborn mort à l'âge de 82 ans. Le professeur Kuborn était président de la Société Royale de médecine publique et de topographie médicale de Belgique depuis 1876. Il était membre de l'Académie de médecine belge et commandeur de l'Ordre de Léopold

**Le travail des midinettes.**

Le décret de réglementation nouvelle du travail dans la couture est paru à *l'Officiel*.

La faculté de dérogation à la loi de 1900, c'est-à-dire la prolongation de la durée du travail jusqu'à 12 heures pendant 60 jours par an, est maintenue, mais la veillée après 9 heures du soir est abolie. C'est donc sur la matinée que doivent être prises les heures supplémentaires.

**L'Hôpital Necker.**

Le Dr Louis Rénou a commencé le vendredi 4 mars 1910, à 10 heures 1/2 du matin, à l'amphithéâtre Laënnec, une série de conférences cliniques sur les *Maladies du cœur et des poumons* et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

La première conférence portait sur : *L'esprit de la clinique moderne.*

Démonstrations pratiques d'anatomie pathologique par le Dr E. Géraudel, le jeudi, à 9 heures 1/2, au petit amphithéâtre.

Séméiologie pratique par MM. Monier, Vinard et Marre, le samedi à 10 heures 1/2.

**Avis.**

Le Ve Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Saint-Pétersbourg du 19 au 24 septembre 1910, sous le haut patronage de S. M. l'Empereur de Russie et sous la présidence du Prof. Dm. de Ott.

Le Comité d'organisation comprend les professeurs de gynécologie et d'obstétrique de toute la Russie.

Les questions portées à l'ordre du jour sont :

1° Taille césarienne;

2° Thérapie non opératoire du cancer de l'utérus;

3° Valeur comparée des différents procédés opératoires dans le traitement des déplacements et déviations de l'utérus;

4° La voie vaginale dans l'accouchement et la gynécologie.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Sadowsky, Wassilie Ostrow, Ligne de l'Université, 3, Saint-Pétersbourg.

**« La Maison du Médecin ».**

L'assemblée générale de « La Maison du Médecin » a eu lieu le dimanche, 13 mars prochain, à l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

Cette assemblée a été du plus haut intérêt car elle a montré que capital social atteint actuellement 66.248 *francs*, alors qu'il était de 10.000 *francs*, l'an dernier à pareille époque.

La plus grande part de cette impressionnante augmentation résulte *d'un geste généreux autant que modeste* : un praticien de province, ayant formellement réclamé l'anonymat, a fait ces temps derniers un don en espèces de 50.000 *francs* à « La Maison du Médecin ». L'utopie d'hier devient la réalité de demain. Ce geste décisif montre la route large et sûre à ceux qui ont assumé la charge d'organiser, malgré tous les obstacles, l'œuvre philanthropique.

L'intérêt très vif pris par quelques riches confrères à cette œuvre de pure solidarité ne tardera pas à compléter le capital nécessaire; l'assemblée générale prochaine sera peut-être autorisée à entendre, sur ce point, une révélation sensationnelle assurant la réalisation prochaine du but poursuivi.

**L'Exposition d'Hygiène de Tunis.**

En présence des conséquences des récentes inondations, le Comité, présidé par M. le sénateur Saint-Germain et le Dr Beurnier, a décidé de remettre au mois d'octobre 1910 l'ouverture de l'Exposition d'Hygiène, qui avait été fixée au 27 mars.

**Prix de la Société de Thérapeutique.**

La Société de thérapeutique attribuera en 1910 deux prix dans les conditions suivantes :

1° Prix de la Société de thérapeutique, de la valeur de 500 francs;

2° Prix Saint-Yves-Mesnard, de la valeur de 250 francs.

Ces prix seront attribués aux deux meilleurs travaux de thérapeutique, manuscrits ou imprimés, parus depuis le 1er janvier 1909, qui auront été présentés à la Société avant le 30 juin 1910.

Les travaux, imprimés ou manuscrits, devront être adressés au secrétaire général, Dr Bardet, 21, rue du Cherche-Midi.

**Cours libre d'Électrologie.**

Le Dr Foveau de Courmelles ouvrira la 18e année de son cours libre d'Electrologie, le mercredi 6 avril, à 6 heures du soir, amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique de la Faculté de Médecine de Paris, par une leçon sur les *Radiations lumineuses.*

Il le continuera les mercredis à la même heure, par l'étude des *Ressources électrothérapiques* du praticien (galvanisation et faradisation), les rayons X et le radium en thérapeutique.

# ÉPITHÉLIOMES CUTANÉS

## Traités par le Radium

Par le Dr Gustave BUREAU
Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux

C'est en 1902 que Danlos, le premier, appliqua la radiumthérapie au traitement des épithéliomes de la peau; depuis cette époque de nombreux travaux, notamment ceux de Wickham et Degrais, de Dominici, sont venus montrer toute l'excellence de cette méthode.

Voilà deux ans environ que nous avons commencé également à nous servir du radium pour le traitement des épithéliomes de la peau. Durant cette période, nous avons eu l'occasion de soigner, par ce procédé, un nombre déjà assez élevé de malades et nous avons pu l'appliquer aux principales variétés des épithéliomes cutanés : épithéliomatose consécutive à la kératose sénile ; petits cancroïdes de la face ; épithéliomes ulcéro-croûteux et végétants ; tumeurs volumineuses, infiltrées et d'allure maligne. Nous avons été vivement frappé des résultats obtenus chez tous ces malades ; nous avons pu en suivre un certain nombre dont la guérison remonte maintenant à un temps suffisant pour que notre opinion soit parfaitement établie sur l'efficacité et les avantages de cette méthode de traitement. La radiumthérapie nous semble devoir être placée en première ligne parmi les divers moyens curatifs préconisés contre les épithéliomes cutanés ; aussi avons-nous cru intéressant de rapporter brièvement quelques-unes des observations des malades que nous avons traités et guéris.

La technique que nous avons suivie a été à peu après la même pour tous nos malades. Nous nous servons du procédé appelé : « méthode du rayonnement composite » ; c'est-à-dire que nous utilisons la plus grande partie des divers rayonnements émis par le radium, contrairement à la « méthode du rayonnement ultra-pénétrant » de Dominici, dans laquelle le rayonnement du radium est filtré au moyen d'écrans de plomb de 5/10e à plusieurs millimètres d'épaisseur pour arrêter les rayons $\alpha$, la presque totalité des $\beta$, la fraction la moins pénétrante des rayons $\gamma$ et laisser passer seulement les rayons dénommés ultra-pénétrants.

Voici du reste comment nous procédons pour les applications. Notre toile radifère (1), recouverte d'une lame d'aluminium soit de 1/100e de millimètre, soit de 7/100e de millimètre d'épaisseur, est enveloppée ensuite d'une mince baudruche pour la protéger, et appliquée directement à la surface de l'épithéliome dont les croûtes ont été préalablement enlevées ; elle est laissée en place, maintenue par un lien élastique, pendant un temps qui varie comme durée d'une demi-heure à deux heures et plus, suivant l'état de la lésion à traiter et aussi un peu suivant la docilité du malade. Autant que possible, les séances sont répétées tous les jours, quelquefois même matin et soir, de façon à obtenir en totalité 6, 8 et 10 heures d'applications, suivant que nous jugeons que l'irradiation doit être plus ou moins prolongée, ce qui dépend de la variété du néoplasme à traiter et aussi de son volume, et ne peut être acquis que par une expérience personnelle.

Pour un petit épithéliome de la peau de date récente, une seule série d'applications de 6 à 7 heures de durée est d'ordinaire suffisante pour en obtenir la régression complète ; quelquefois, cependant, il est nécessaire de faire une seconde série d'irradiations sur des points qui n'ont pas été suffisamment détruits par le premier traitement. Pour les néoplasmes volumineux, infiltrés ou très saillants, il est indispensable de faire plusieurs séries d'applications séparées par un intervalle de six à huit semaines environ ; c'est-à-dire que lorsque la croûte de réaction est tombée, il faut de suite faire de nouvelles irradiations et répéter ces séries d'applications de radium jusqu'à la disparition complète de la tumeur. Lorsque la surface du néoplasme est plus étendue que la surface de l'appareil, on la traite alors zone par zone, en ayant toujours soin de protéger les tissus sains environnants par une plaque de plomb caoutchoutée.

Les suites de ces applications de radium sont toujours fort simples ; après une période de 12 à 15 jours, au cours de laquelle ne se produit aucun phénomène apparent, on voit se former à la surface du néoplasme une croûte sèche, sans suppuration, qui augmente peu à peu jusqu'à acquérir un volume assez considérable, si les séances de radium ont été nombreuses et prolongées. Au bout de 5 à 6 semaines, cette croûte tombe d'elle-même, laissant à nu une surface cutanée légèrement rosée et squameuse qui deviendra ensuite une cicatrice unie, blanche, lisse, souple, de niveau avec la peau, et qui plus tard, comme nous l'avons obtenu chez beaucoup de nos malades, donne une surface de réparation qui reprend peu à peu la teinte et l'aspect de la peau normale, de telle sorte qu'il devient presque impossible de retrouver la place de l'ancienne lésion.

Telle est l'évolution habituelle pour les petits épithéliomes de la peau, qui guérissent à la suite d'une seule série d'applications de radium ; mais dans les cas de cancers cutanés volumineux, très saillants et infiltrés à la fois, la marche est un peu différente. Même en soumettant ces tumeurs à des doses d'irradiations assez prolongées : 8 à 10 heures d'applications, la réaction est d'ordinaire légère, les croûtes qui se forment sont peu épaisses ; mais on assiste peu à peu à la résorption du néoplasme, par suite de l'action vraiment spécifique du rayonnement du radium sur l'élément épithélial. Cette régression de l'épithéliome se fait toujours suivant une marche concentrique, la tumeur diminue progressivement de dimensions en se réduisant de la périphérie vers le centre ; c'est même là un caractère tout spécial au traitement par le radium. Lorsque le néoplasme a entièrement disparu, on trouve à sa place un tissu de réparation représenté par une peau rosée, souple, lisse, non rétractile, souvent très peu différente comme aspect et comme couleur des tissus environnants.

Observation I. — *Kératose épithéliomateuse du cou.* — Mlle J..., ancienne domestique, 79 ans, porte sur le côté droit du cou une plaque de kératose sénile en dégénérescence épithéliomateuse. La lésion présente à peu près les dimensions d'une pièce d'un franc ; déjà assez ancienne, elle s'est surtout accrue depuis quelques mois.

Du 30 mai au 5 juin 1908, la malade subit 5 applications de radium, d'une durée d'une heure chacune, l'appareil étant recouvert d'une lame d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur et d'une mince baudruche.

La réaction consécutive à ces applications a été modérée, il s'est formé une croûte sèche, sans suppuration, qui est tombée seule au bout de cinq semaines environ.

31 juillet. — La malade est parfaitement guérie, c'est à peine si une légère teinte rosée de la peau indique l'ancienne place de l'épithéliome. A la fin de mars 1909, la guérison s'est parfaitement maintenue; la peau a repris son aspect normal ; pas trace de cicatrice. Nous avons revu la malade tout dernièrement (novembre 1909), il ne s'est produit aucune récidive.

Observation II. — *Epithéliome papillaire du cou.* — M. G..., 55 ans, de la Roche-sur-Yon, vient nous consulter pour un épithéliome siégeant sur le côté droit du cou. Il s'agit d'un cancroïde papillaire, de forme arrondie, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, faisant une saillie de près d'un centimètre sur la peau environnante. Le début remonterait à 15 mois à peu près.

Nous avons fait à ce malade 5 applications de radium, du 29 août au 3 septembre 1908 : 3 séances avec l'appareil recouvert d'une plaque d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur, d'une durée totale de 5 heures, et 2 séances d'une heure chacune avec écran d'aluminium de 7/100e de millimètre d'épaisseur. En totalité 7 heures d'applications.

29 octobre. — La réaction a été d'intensité moyenne : la croûte est tombée il y a quelques jours. Aujourd'hui, la tumeur n'existe plus, elle a véritablement fondu, il persiste cependant en un point une petite saillie papillomateuse de la dimension d'une grosse tête d'épingle, sur laquelle nous faisons à nouveau, les 29 et 30 octobre, 5 heures d'applications de radium en 3 séances.

La croûte de réaction est tombée au bout de 5 semaines et la guérison est complète le 15 décembre. Nous avons eu encore tout dernièrement des nouvelles de ce malade ; la guérison s'est parfaitement maintenue ; pas de cicatrice.

Observation III. — *Cancroïde du lobule du nez.* — Mme T..., de Lorient, 55 ans, présente sur le lobule du nez, s'étendant principalement du côté gauche, un cancroïde qui atteint au moins le volume d'une noisette. La tumeur est recouverte d'une croûte épaisse, qui une fois enlevée, laisse voir une surface papillomateuse très saignante ; le début remonterait à plus de 2 ans. La tumeur est fort disgracieuse et gênante pour la malade.

Du 22 au 28 octobre 1908 : 7 heures et demie d'applications de l'appareil radifère recouvert d'un écran d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur par séances d'une heure et demie.

(1) Toile de 2 centimètres carrés de surface contenant 0,04 centigrammes de sulfate de radium d'activité 250.000, donnant un rayonnement extérieur de 308,000, comprenant 80 0/0 de rayons $\alpha$, 19 0/0 de rayons $\beta$ et 1 0/0 de rayons $\gamma$.

18 novembre. — La réaction a été assez violente, une croûte épaisse recouvre aujourd'hui la tumeur, mais elle est sèche, pas trace de suppuration. Nous prions la malade de venir nous retrouver lorsque la croûte sera tombée, mais par suite d'un malentendu elle ne revient nous voir que le 20 avril 1909.



Fig. 1-2. — Observation V. — Photographie de la malade, Novembre 1908.

La tumeur n'existe plus ; pas de cicatrice ; on remarque seulement une coloration plus blanche de la peau au niveau du siège de l'ancien épithéliome ; il persiste cependant en un point une légère petite saillie verruqueuse sur laquelle, par prudence, nous faisons quelques nouvelles applications de radium. Nous n'avons pas revu la malade depuis, mais d'après le résultat obtenu par les premières irradiations, nous ne doutons pas qu'elle soit complètement guérie aujourd'hui.

Observation IV. — *Petit épithéliome papillaire corné de la lèvre inférieure.* — M. L..., 65 ans, présente, sur la moitié droite de la lèvre inférieure près du rebord muqueux, un petit épithéliome corné de la dimension d'une lentille environ.

Du 27 novembre au 8 décembre 1909 : 7 heures d'applications de notre appareil radifère recouvert d'une plaque d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur. La croûte de réaction tombe les premiers jours de janvier; la guérison est complète et s'est toujours maintenue depuis.

Observation V. — *Epithéliome végétant du nez.* — Mme X..., 70 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle XV, nous est confiée par le Dr Vignard pour être traitée au radium. Cette femme porte sur le côté gauche du nez un épithéliome du volume d'une petite noix environ. Cette tumeur, de forme irrégulièrement ovalaire, à surface bourgeonnante, saignante, très surélevée, mesure 2 centim. de haut sur 1 1/2 de large. Les photographies ci-jointes (fig. 1 et 2), dues à M. Riberau, rendent du reste bien compte de l'aspect et du volume de ce néoplasme.

Du 28 novembre au 5 décembre 1908 : 7 heures d'applications avec la toile radifère recouverte d'un écran d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur.

17 janvier : la réaction a été assez légère, il s'est formé une croûte sèche, peu épaisse. Ce qui frappe surtout aujourd'hui, c'est l'énorme diminution du volume de la tumeur qui s'est considérablement rétrécie en même temps qu'elle s'est aplatie ; de telle sorte qu'elle présente à peine maintenant la moitié de son volume primitif.

Les 17, 18, 19 janvier : trois nouvelles applications de deux heures chacune. Réaction plus intense avec croûte assez épaisse qui tombe au bout de cinq semaines.

Le 5 avril, la tumeur a, pour ainsi dire, complètement disparu : il ne persiste plus actuellement qu'un tout petit point induré gros comme une lentille sur lequel trois nouvelles applications de radium sont faites les 5, 6 et 7 avril.

Le 10 mai, la croûte de réaction est tombée ; la guérison est complète, absolue. Sur la plus grande étendue du siège du néoplasme, la peau a repris son aspect normal, il persiste cependant au centre une légère cicatrice étoilée. Le résultat est aussi parfait que possible au point de vue esthétique comme le démontrent les photographies de la malade prises à ce moment (fig. 3 et 4).

Observation VI. — *Cancroïde du lobule du nez.* — Mlle D..., âgée de 65 ans environ, nous est confiée par le Dr Montfort pour être traitée par le radium. Cette demoiselle est atteinte depuis plusieurs années d'un petit épithéliome du bout du nez qui a pris ces derniers mois une extension rapide. Actuellement tout le lobule du nez est pris, et la lésion a gagné les faces latérales et le bord antérieur du nez. On constate aujourd'hui en ce point, une ulcération irrégulièrement arrondie, atteignant au moins les dimensions d'une pièce d'un franc à fond bourgeonnant et saignant, limitée par un bourrelet surélevé et très induré.



Fig. 3-4. — Observation V. — Photographie de la malade guérie, mai 1909.

Du 4 au 6 février 1909, nous faisons chaque jour une application d'une heure de durée avec notre toile radifère recouverte d'un écran d'aluminium de 7/100e de millimètre d'épaisseur, de six rondelles de papier et d'une baudruche protectrice.

Le 8 mars, après une réaction plutôt légère, le bourrelet périphérique s'est très affaissé, l'ulcération a diminué de profondeur. Du 8 au 13 mars, 6 nouvelles applications d'une heure chaque jour, l'appareil préparé de la même façon.

Le 2 avril : croûte de réaction assez épaisse que nous enlevons ; l'ulcération apparaît presque complètement cicatrisée, la surface est maintenant plane sans bourrelet. Le 19 avril, la cicatrisation est complète, la malade semble guérie. Nous avons revu la malade en août, la guérison s'est bien maintenue, il persiste une légère cicatrice mais lisse, unie, non rétractile.

Observation VII. — *Kératose sénile en dégénérescence épithéliomateuse.* — Mme G..., 50 ans, présente sur le milieu de la joue gauche une petite plaque de kératose sénile à bords irréguliers, qui depuis quelques semaines s'est ulcérée et recouverte de croûtes ; en outre, cette lésion occasionne à la malade des douleurs extrêmement vives.

Du 8 au 13 février 1909 : 6 applications d'une demi-heure chacune de la toile radifère recouverte d'une lame d'aluminium de 7/100e de millimètre d'épaisseur, de 8 rondelles de papier et d'une baudruche.

Très rapidement les douleurs se sont calmées ; il n'y a pas eu de véritable croûte de réaction, mais un érythème assez accentué et la malade revue le 7 avril est parfaitement guérie et enchantée du résultat ; la peau a repris complètement son aspect normal au niveau du point anciennement malade.

Observation VIII. — *Epithéliomes développés sur des taches de kératose sénile.* — M. F..., 60 ans, nous est adressé par le Dr Vignard pour deux taches de kératose sénile développées sur la joue gauche. Nous le traitons aux mois d'octobre et de novembre 1908, par les Rayons X, mais sans résultat appréciable. Quand nous revoyons ce malade au mois de mars 1909, ces deux taches kératosiques ont nettement subi la dégénérescence épithéliomateuse.

La plaque supérieure se présente aujourd'hui sous l'aspect d'un petit épithéliome arrondi, surélevé de près d'un centimètre sur la peau avoisinante, de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ, recouvert d'une croûte, qui, une fois enlevée, laisse voir une surface papillomateuse et saignante.

Du 29 mars au 5 avril 1909, nous faisons 6 applications de notre appareil radifère enveloppé d'une lame d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur et d'une baudruche ; la durée de chaque séance variant d'une heure à une heure et demie ; en tout 8 heures d'applications.

La plaque inférieure, de forme ovalaire, présentant environ un centimètre et demi dans son plus grand diamètre est constituée par une surface ulcérée, saignante, légèrement indurée et à bords surélevés. La dégénérescence épithéliomateuse paraissant moins prononcée; nous faisons seulement 5 heures d'applications du 27 avril au 3 mai 1909.

A la fin de mai, les croûtes de réaction sont tombées ; au niveau des deux anciennes plaques se voit maintenant une surface lisse, rosée, sans dépression ; la guérison semble parfaite. Nous venons de revoir le malade tout récemment (novembre 1909), cette guérison s'est parfaitement maintenue.

c'est à peine s'il est possible de retrouver l'emplacement de la plaque supérieure ; au niveau du point où se trouvait la plaque inférieure, il existe simplement une légère décoloration de la peau, mais sans cicatrice.

Observation IX. — *Petit épithéliome de l'aile du nez.* — Mme X..., 60 ans environ, de Saint-Colombin, présente sur l'aile droite du nez un petit épithéliome ulcéré de la dimension d'une pièce de 20 centimes. La lésion remonte à 18 mois environ et a été traitée à la campagne par toutes sortes de médications.

Du 29 mars au 1er avril : en 4 séances : 6 heures et demie d'applications de notre appareil avec écran d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur.

15 mai : la lésion semble parfaitement guérie.

Observation X. — *Epithéliome papillaire du sillon naso-palpébral.* — Mme B..., 55 ans environ, nous est adressée par le Dr Maurice Bureau pour un petit épithéliome papillaire de la dimension d'une lentille environ, siégeant dans le sillon naso-palpébral, tout près de la commissure palpébrale. Le début en serait assez récent.

La malade est traitée avec notre toile radifère, enlevée de son support métallique, de façon à pouvoir s'appliquer bien exactement sur la surface de cet épithéliome, assez difficilement accessible en cette région ; la toile est entourée d'une plaque d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur : nous faisons ainsi en totalité 5 heures et demie d'applications en 6 séances, du 29 mars au 5 avril 1909.

Le 17 mai, la croûte est tombée : guérison sans cicatrice apparente.

Observation XI. — *Epithéliome de la région pré-auriculaire gauche.* — M. L..., 76 ans, est porteur, au niveau de la région zygomatique, au-devant de l'oreille gauche, d'un épithéliome de la dimension d'une pièce de 50 centimes, saillant, papillomateux, recouvert de croûtes, saignant facilement. Le début remonterait à 4 ou 5 ans, il aurait été cautérisé au thermo-cautère il y a 3 ans, on aperçoit du reste une petite cicatrice contiguë à la lésion actuelle. Celle-ci daterait de 6 mois environ, mais tendrait à progresser.

Du 10 au 15 mai 1909 : 6 heures d'applications en 6 séances avec l'appareil recouvert d'un écran d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur.

Le 22 juin : la croûte est tombée, la lésion s'est aplatie. Nouvelle série d'applications : 7 heures en 5 séances.

A la fin de juillet la croûte de réaction est tombée, la lésion semble complètement guérie. Nous revoyons le malade en octobre : la guérison s'est maintenue et il persiste seulement aujourd'hui une légère cicatrice blanche et lisse, mais sans dépression.

Observation XII. — *Epithéliome plan cicatriciel de la paupière inférieure.* — Mme B..., 48 ans, atteinte d'un épithéliome de la paupière inférieure nous est confiée par le Dr Sourdille pour être soumise à la radiumthérapie. Le début de l'affection remonte à plus d'un an. Actuellement, on constate au niveau du sillon naso-palpébral gauche, s'étendant de la commissure palpébrale interne jusque vers le milieu de la paupière inférieure, une plaque ovalaire limitée par un contour irrégulier. Le centre de cette plaque est cicatriciel et entouré par un rebord surélevé, formant ourlet sur lequel existent des squames grisâtres très adhérentes qui recouvrent une surface légèrement papillomateuse et saignante.

Pour pouvoir mieux s'adapter sur cette lésion difficile d'accès en cette région, nous enlevons la toile radifère de son support métallique, et, après l'avoir enveloppée d'une feuille d'aluminium de 7/100e de millimètre d'épaisseur, nous l'appliquons directement sur l'épithéliome ; nous faisons ainsi du 5 au 8 janvier 1909 : huit heures d'applications en quatre séances.

15 février : La croûte de réaction est volumineuse, épaisse ; une fois enlevée, au-dessous apparaît une surface encore ulcérée ; la lésion semble même s'être un peu étendue à la partie inférieure. Nouvelle série d'applications de six heures de durée faite suivant la même technique.

20 mars : réaction encore assez intense ; la croûte enlevée montre une surface presque plane, cependant comme il persiste un léger bourrelet, nous faisons encore six nouvelles heures d'applications.

Nous revoyons la malade au mois de mai, la guérison semble parfaite cette fois : il n'existe plus aucun bourrelet ; la peau est lisse et rosée, pas de déformation de la région.

Observation XIII. — *Volumineux épithéliome végétant et infiltré de la joue gauche.* — Mme M..., 74 ans, de la Chapelle-sur-Erdre, nous est adressée par le Dr Mérel pour un volumineux épithéliome saillant et végétant de la joue gauche. C'est au mois de juillet 1908, c'est-à-dire il y a 8 mois que la malade s'est aperçue qu'elle avait sur la joue gauche un petit bouton noir, gros comme une tête d'épingle. Après être restée quelques semaines sans augmenter, cette petite tumeur s'est mise à s'accroître progressivement, mais c'est surtout depuis 5 à 6 semaines qu'elle a pris un grand développement.

Aujourd'hui (22 mars 1909), on constate sur la joue gauche de cette malade une grosse tumeur globuleuse s'étendant de l'angle externe de l'œil jusqu'à une ligne située un peu au-dessus de la commissure labiale ; de forme irrégulièrement ovalaire, elle mesure 7 centimètres de hauteur sur 6 centimètres de largeur et se présente sous l'aspect d'une grosse masse saillante de plus de 2 centimètres à sa partie centrale ; elle est



Fig. 5. — Observation XIII. — Photographie de la malade mars 1909

limitée à son pourtour par un rebord surélevé et infiltré. Sa surface bourgeonnante et ulcérée est fort irrégulière et parsemée de nombreuses saillies et dépressions ; il existe même à la partie inférieure une véritable languette de tissu néoplasique qui est comme appendue à cette tumeur (voir fig. 5). Sa couleur, variable suivant les points, est assez foncée dans l'ensemble, ce qui tient à la présence à la surface et dans la profondeur du néoplasme de nombreuses perles de coloration noire. Avec le doigt, introduit dans la cavité buccale, on se rend compte que cette tumeur infiltre profondément les tissus de la joue ; il existe un ganglion préauriculaire douloureux à la pression.



Fig 6.— Observation XIII.— Photographie de la malade guérie, octobre 1909.

Etant donné l'étendue de cet épithéliome et les dimensions restreintes de notre appareil, nous sommes obligé de le traiter zone par zone en employant notre toile radifère enveloppée d'une lame d'aluminium de 1/100e de millimètre d'épaisseur.

Pour les premières applications nous divisons la tumeur en quatre parties, et du 21 au 31 mars, nous faisons sur chacune de ces zones cinq à six heures d'irradiations, par séance d'une heure de durée environ chacune.

Le 26 avril nous revoyons la malade : la réaction consécutive à ces applications a été peu accentuée, il s'est formé seulement quelques croûtes légères à la surface de la tumeur : celle-ci a du reste peu changé comme aspect et comme dimension. Nous renouvelons les irradiations en les faisant porter cette fois principalement sur la périphérie du néoplasme et nous traitons ainsi du 26 avril au 8 mai, les régions supérieures, postérieures et antérieures de la tumeur en faisant sur chacun de ces points des applications de 6 à 7 h. de durée par séances de 2 h. environ.

Du 24 au 27 mai : irradiations de 4 à 5 heures au niveau du centre et sur la partie inférieure de l'épithéliome.

Le 7 juin, nous constatons que la tumeur s'est bien affaissée, en même temps qu'elle s'est rétrécie, et que ses bords sont beaucoup moins élevés. Durant ce mois de juin, nous soumettons aux irradiations de radium toute la surface de la tumeur en procédant zone par zone et en faisant sur chacune d'elles 4 à 8 heures d'applications.

Le 12 juillet, l'amélioration est tout à fait surprenante : l'épithéliome a considérablement diminué de volume tant en épaisseur qu'en largeur et en hauteur ; il n'est plus surélevé maintenant que de quelques millimètres et ses bords vont en pente douce avec les régions avoisinantes. Il ne mesure plus aujourd'hui que 4 centimètres de hauteur sur 3 centimètres de largeur ; la languette qui était appendue à sa partie inférieure est tombée, sa surface n'est plus irrégulière, bosselée, mais unie ; elle est recouverte de croûtes légères et de parties sphacélées qui sont en train de s'éliminer ; il n'y a pas, à proprement parler de suppuration, et la malade n'a ressenti à aucun moment de douleurs. Cette résorption de la tumeur s'est effectuée en somme, progressivement, sans grande réaction ; à la périphérie du néoplasme, la peau présente une teinte rouge, mais elle est lisse et unie et semble se reformer quasi-normale au fur et à mesure que la tumeur se rétrécit.

Du 26 au 30 juillet : nous faisons 3 heures d'irradiations au niveau des régions supérieures, antérieures et inférieures de la tumeur.

Le 23 août. — L'épithéliome a encore diminué de volume d'une façon très notable : ses dimensions sont telles aujourd'hui qu'il peut être divisé maintenant seulement en 2 zones, sur chacune desquelles nous faisons 5 heures d'irradiations.

Le 25 octobre. — La guérison est pour ainsi dire complète ; il n'existe plus aujourd'hui trace de tumeur, les derniers fragments de celle-ci sont tombés il y a huit jours. Aujourd'hui, à la place de l'ancien épithéliome, se voit une surface cutanée, unie, rosée, d'un aspect tel qu'on ne puisse dire qu'il s'agit d'une véritable cicatrice (voir fig. 6). Il ne persiste pas d'induration, la peau a repris toute sa souplesse ; à noter seulement la présence en un point de quelques traînées noirâtres qu'une dernière irradiation fera certainement disparaître.

Le résultat obtenu chez cette femme par la radiumthérapie est tout à fait remarquable, car il ne s'agissait plus ici d'un petit cancroïde de la face, mais d'un épithéliome végétant ayant acquis des proportions déjà considérables et d'un pronostic fort grave. S'il a fallu de nombreuses applications de radium pour amener la régression complète de la tumeur, le résultat esthétique est parfait, et aucun autre procédé thérapeutique n'aurait pu amener la disparition de ce néoplasme en laissant moins de traces apparentes sur la face.

Observation XIV. — *Epithéliome papillaire de la joue.* — Mme R..., 60 ans environ, de la Roche-sur-Yon, présente sur la joue gauche un épithéliome papillaire de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le début remonte à plusieurs mois.

Du 1[er] au 3 juin 1909 : 5 heures d'applications par séances d'une heure et demie, avec la toile radifère recouverte d'une lame d'aluminium de 1/100[e] de millimètre d'épaisseur.

Le 10 juillet. — La croûte est tombée il y a quelques jours ; la peau est lisse et rosée, la guérison semble parfaite, absolue.

Observation XV. — *Epithéliome de l'aile du nez.* — Mme S..., 63 ans, a été opérée il y a trois ans d'un épithéliome de l'aile droite du nez ; depuis six mois environ, il s'est produit une récidive. Aujourd'hui on constate, près de la cicatrice de l'ancienne lésion, une petite tumeur papillomateuse de la dimension d'un gros pois, recouverte de croûtes épaisses et adhérentes.

Du 15 au 19 juin 1909 : 6 heures d'applications par séances d'une heure et demie, avec l'appareil enveloppé d'un écran d'aluminium de 1/100[e] de millimètre d'épaisseur.

12 juillet. — Nous enlevons la croûte de réaction ; au-dessous se voit une surface unie, lisse, rosée ; la guérison paraît complète. Nous avons revu la malade le 4 novembre, la guérison s'est parfaitement maintenue, pas de cicatrice.

Observation XVI. — *Petit épithéliome du sourcil gauche.* — M. l'abbé P... présente dans la partie externe du sourcil gauche un petit épithéliome corné de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

Du 21 au 30 juillet : 7 beures d'applications de notre toile radifère avec écran d'aluminium de 1/100[e] de millimètre d'épaisseur.

La croûte de réaction est tombée vers la fin d'août. Le malade, revu tout récemment, est parfaitement guéri.

En dehors des malades dont nous venons de rapporter les observations, nous en avons traité un certain nombre d'autres qui ont également parfaitement guéri ; jusqu'ici, nous n'avons pas encore rencontré un seul cas, qui, soumis à ce traitement, ait résisté au rayonnement du radium ; et cependant nous l'avons employé dans les principales variétés de cancers de la peau.

Ce procédé de traitement ne convient donc pas seulement aux petites néoplasies épithéliomateuses de la peau qui guérissent à peu près également quelque soit le traitement employé, mais s'adresse également aux épithéliomes cutanés, volumineux, infiltrés et d'allure maligne. Si nous avons guéri avec le radium de nombreux cas d'épithéliomatose consécutive à la kératose sénile, de petites cancroïdes cutanés, nous avons traité avec le même succès, comme le montrent les photographies jointes à ce travail, des malades atteints de volumineuses tumeurs de la face.

En dehors de sa très grande efficacité, le traitement des épithéliomes de la peau par le radium présente plusieurs autres avantages. C'est d'abord son indolence et son pouvoir anesthésiant, qui le font fort apprécier par les malades pusillanimes qui redoutent la cautérisation ou l'intervention sanglante, et par ceux atteints de formes douloureuses occasionnant de violentes névralgies ; mais c'est aussi et surtout la perfection du résultat obtenu au point de vue esthétique, ce qui n'est pas sans importance ici, puisque la majorité des cancers de la peau siègent sur la face. Aussi considérons-nous la radiumthérapie comme le traitement de choix à employer pour traiter les épithéliomes cutanés siégeant sur les paupières, les ailes ou le lobule du nez, et, d'une façon générale pour tous ceux où il y a grand intérêt à éviter la production d'une cicatrice rétractile ou très apparente.

# REVUE DE BIOLOGIE

### Leuco-diagnostic de la syphilis.

MM. Achard, Henri Bénard et Gagneux, en employant, à la dilution de 1 p. 20, un extrait de rate hérédo-syphilitique, ont constaté qu'il excitait l'activité leucocytaire chez les syphilitiques, contrairement à ce qui a lieu chez les autres sujets. En prenant pour unité l'activité des leucocytes non soumis à l'action de l'extrait, on obtient un rapport qui exprime l'indice d'activité spécifique. Cet indice reste au-dessous de l'unité chez les sujets indemnes. Il la dépasse chez les syphilitiques.

Dans 22 cas de syphilis à diverses périodes la réaction a été positive. Elle paraît plus forte pendant la floraison des accidents éloignés, tels que le tabès et la paralysie générale.

(*Soc. de Biol.*)

### Nécroses aiguës des épithéliums secréteurs du rein dans l'urémie.

D'après MM. Maurice Letulle et Nattan-Larrier, au cours des néphrites chroniques terminées par urémie aiguë, les épithéliums sécréteurs du rein sont fréquemment frappés de nécrose suraiguë systématique (tubes contournés, tranches ascendantes de Hente, pièces intermédiaires) et plus ou moins généralisée. Suivant les cas, elle répond tantôt à la nécrose de coagulation, tantôt à une désintégration granulo-graisseuse du protoplasma avec chromatolyse du noyau.

Ces altérations épithéliales sont, de tous points, identiques aux nécroses hypertoxiques étudiées déjà dans le « rein appendiculaire » et signalées par différents auteurs dans le « rein éclamptique », dans la néphrite syphilitique secondaire et dans un certain nombre d'intoxications aiguës. Elles paraissent jouer un rôle pathogénique dans l'apparition des accidents urémiques : la mort brutale de l'épithélium rénal entraîne l'oligurie et l'arrêt de la dépuration urinaire.

(*Soc. de Biol.*)

### La poliomyélite expérimentale.

MM. Levaditi et Landsteiner, continuant leurs recherches, ont étudié la période d'incubation qui précède les paralysies chez le singe. Ils n'ont pas constaté des lésions de poliomyélite chez les animaux sacrifiés pendant cette période. Le virus ne semble pas pénétrer facilement à travers la muqueuse naso-pharyngée intacte. Il est possible de vacciner les simiens en leur injectant des mélanges de virus actif et de sérum d'un mouton préparé avec des moelles virulentes.

Après l'évolution de la période aiguë, les animaux restent paralysés et parfois survivent. Le système nerveux de ces animaux n'est plus virulent trente-neuf et quarante-cinq jours après le début de la poliomyélite. Leur sérum ne jouit d'aucune propriété préventive ou curative (injection dans le canal rachidien) ; il détruit cependant le virus dans le tube à essais.

(*Soc. de Biol.*)

### Pertes salines subies par les légumes frais pendant leur blanchiment.

Le blanchiment consiste, on le sait, à faire bouillir les légumes dans l'eau pendant quinze à trente minutes et à rejeter l'eau qui a servi à cette ébullition, la cuisson de ces légumes d

vant ensuite être complétée soit dans une autre eau, soit dans des corps gras. MM. Maurel et Carcanague, qui avaient déjà étudié cette question pour le chou vert, le chou de Bruxelles, le chou-fleur, le céleri, l'asperge et le haricot vert après le blanchiment de trente minutes, ont complété cette étude en opérant sur l'oignon, le poireau, la carotte, le navet, le salsifis, le scorsonère, la tomate, l'artichaut, la bette, la chicorée, la betterave, l'épinard très riche en matières salines et d'autres exceptionnellement pauvres comme la tomate et l'oseille. On peut admettre comme moyenne générale : 1° que les autres légumes à l'état frais contiennent environ 1 gramme de matières salines sur lequel il y a 0 gr. 50 de sels de potasse ; 2° qu'un blanchiment de trente minutes leur enlève sensiblement la moitié des matières salines et la moitié également des sels de potasse que l'on trouve dans l'eau du blanchiment si elle doit servir à l'alimentation ; 3° enfin que la richesse totale en matières salines de nos légumes fournis par la région toulousaine se rapproche sensiblement de celle donnée par Alquier pour les légumes pris probablement à Paris.

(*Soc. de Biol.*)

**Histogénèse des fibrilles névrogliques dans les processus inflammatoires et néoplasiques de la névroglie.**

Pour MM. J. Lhermitte et A. Guccione, on discute encore aujourd'hui sur la genèse de la partie la plus importante de la névroglie : les fibrilles. Les auteurs ont eu l'occasion d'étudier la formation de ces éléments dans différents processus inflammatoires ou néoplasiques du système nerveux central à l'aide des méthodes de coloration électives. Ils ont pu se rendre compte que dans les hyperplasies inflammatoires les fibrilles se développent au sein du protoplasma lequel devient d'abord finement strié surtout dans les prolongements protoplasmiques, puis les fibrilles s'individualisent après rétraction du protoplasma.

Il en est de même dans les gliomes atypiques où l'on constate la formation dans les cellules fusiformes des fibrilles nettement individualisées. (*Soc. de Biol.*)

**Recherches sur la séro-précipitation chez les syphilitiques par le glycocholate de soude (méthode de Porgès).**

MM. A. Paris et G. Sabaréanu ont fait comparativement ces recherches avec la réaction de Wassermann.

Sur 53 sérums examinés, les auteurs n'ont trouvé que 4 cas négatifs, tous les autres ayant donné un précipité d'intensité d'ailleurs très variable, depuis le simple louche jusqu'au coagulum floconneux. De l'étude de ces cas, ils concluent que la séro-précipitation par le glycocholate peut manquer chez les syphilitiques, bien que la réaction de Wassermann soit positive.

Si l'on tient compte du moindre louche survenu dans le mélange sérum-glycocholate, on peut dire que la séro-précipitation est très fréquente chez les syphilitiques et qu'elle a lieu même quand la réaction de Wassermann est négative ; qu'elle se produit aussi chez des malades non-syphilitiques, alors que ni l'examen clinique ni la réaction de Wassermann n'avaient pu déceler la syphilis.

La séro-précipitation plus abondante, en gros flocons, d'ailleurs rare, coïncidence plus fréquemment avec la déviation du complément ; mais on l'observe aussi, sans qu'il y ait déviation du complément. (*Soc. de Biol.*)

**Réinoculation de la tuberculose au cobaye. Conditions qui modifient ou troublent le résultat des expériences.**

MM. F. Arloing et A. Dufour se demandent si la tuberculose est ou non réinoculable au cobaye par le tissu conjonctif. La question n'est pas très facile à résoudre. Les auteurs ont observé certaines conditions qui modifient les résultats des expériences. Par exemple, ils ont remarqué : 1° que la diffusion rapide de l'infection dans les ganglions éloignés de la première inoculation, dans les cas où l'on a fait usage de bacilles très actifs, peut faire croire à une réinoculation inexistante; 2° que, par l'usage de bacilles humains de virulence moyenne ou très faible, la réinoculation est possible, mais très limitée, pendant les quinze à vingt jours qui suivent la première inoculation, et même que, durant cette période, l'organisme est prédisposé à l'effet de la réinoculation ; 3° que par l'usage de bacilles bovins très actifs, la résistance à la réinoculation s'observe plus tôt : 4° que le jugement définitif sur l'échec d'une réinoculation nécessite l'étude histologique des ganglions suspects ; 5° que la lésion locale superficielle ou conjonctive au point de la réinoculation a une plus grande valeur que celles des ganglions régionaux, dans l'appréciation du succès ou de l'insuccès d'une réinoculation, surtout lorsqu'on a employé des bacilles très virulents.

En résumé, la réinoculation n'est possible que dans des conditions particulières ; la non-réinoculation, au contraire, est le cas le plus général. (*Soc. de Biol.*)

**Chimisme intestinal des graisses alimentaires.**

M. A. Richaud étudie les méthodes de dosage des graisses dans les matières fécales, et particulièrement celle de F. Muller, ou plutôt de Schmidt, et celle de R. Gaultier.

Le procédé de Schmidt ne lui semble passible d'aucune critique fondamentale au point de vue chimique (dosage et séparation des graisses neutres des acides gras, des savons).

Le procédé de R. Gaultier lui semble discutable et il lui préfère le procédé de Rousselet (*Thèse de Pharmacie*, 1909) qui donne à l'état normal le pourcentage suivant après repas de lait, pain et beurre :

| | |
|---|---|
| Graisses neutres | 26 0/0 |
| Acides gras libres | 36,8 0/0 |
| Savons | 37,2 0/0 |

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Ainsi, lorsqu'on applique le procédé de R. Gaultier à l'analyse des fèces chez l'individu sain, on ne trouve pas trace de savons parmi les matières excrétées. Le fait n'a rien de surprenant puisque, ainsi que nous l'avons vu, ce procédé ne permet pas de doser les savons alcalins. Mais ce qui est fait pour surprendre, c'est que l'auteur, dans son *Précis de coprologie clinique*, admette quand même la présence de savons alcalins dans ces fèces et donne, comme représentant l'état de santé normal, les rapports suivants qu'il appelle *coefficients d'utilisation des graisses* :

| | |
|---|---|
| Graisses neutres | 24,2 |
| Acides gras | 38,8 |
| Savons | 37 |

Ces chiffres, comme on le voit, sont très voisins de ceux de Rousselet, mais ce dernier nous apprend que ce sont exactement ceux que l'on retrouve dans le travail de Norden et Muller, chiffres que ses expériences ont entièrement confirmés.

On peut donc les admettre comme vrais et les considérer comme les coefficients moyens d'utilisation des graisses à l'état normal ; mais il est nécessaire d'insister sur ce fait, que l'analyse des fèces normales faite d'après la méthode de R. Gaultier conduirait à des résultats tout différents puisque cette méthode laisse échapper les savons.

La méthode de Gaultier étant inexacte à son point de départ, il est évident que les conclusions cliniques que l'on a tirées de son application à l'analyse des fèces dans les cas pathologiques sont elles-mêmes inexactes ou incertaines. On peut donc dire que tout est à faire ou à refaire à ce point de vue. (*Presse Médic.*)

**Sur l'immunisation active de l'homme contre la fièvre typhoïde par un nouveau vaccin antiphique.**

Pour M. H. Vincent, les antigènes qui, dans les expériences de M. Vincent, se sont montrés les plus actifs ont été : I. les bacilles vivants : II. les bacilles tués à 53-55 degrés ; III. l'autolysat en eau physiologique à 37 degrés de bacilles vivants prélevés sur gélose en culture de vingt-quatre heures. Cet autolysat est centrifugé, puis stérilisé par l'éther.

Quel que soit le vaccin, trois inoculations ont été nécessaires pour assurer l'immunité. Le vaccin vivant, le plus actif, ne saurait être recommandé chez l'homme, malgré les essais de Castellani, car il peut être dangereux.

Le vaccin tué par chauffage (Pfeiffer et Kollé, Wright, Leisbmann) se montre très protecteur chez l'animal et a donné des résultats favorables chez les soldats allemands et anglais envoyés aux colonies. Mais il détermine souvent des symptômes fort pénibles, une douleur locale vive, de l'œdème avec lymphangite, de la fièvre qui ont jusqu'ici empêché l'extension de son emploi.

Le vaccin III que propose M. Vincent a montré dans ses expériences un haut pouvoir protecteur. Renfermant les extraits de bacilles vivants, c'est-à-dire pourvus de leurs qualités biologiques normales, non atténué par la chaleur, ni la filtration, ce vaccin participe donc des qualités du vaccin par bacilles vivants, qui est le plus actif, sans en susciter les inconvénients (douleurs vives, fièvre, etc.). Il a assuré une immunité durable chez les animaux. Ne contenant que peu de corps microbiens, ne renfermant ni peptone, ni antiseptique, il ne provoque pas de douleur locale.

En outre, l'action moins brutale des produits d'autolyse ne sollicite pas, comme le font les corps microbiens (vaccins de Pfeiffer-Kolle, de Wright), la production de la phase négative, si dangereuse en temps d'épidémie, car elle rend, pendant une ou deux semaines, le sujet vacciné hypersensible à l'infection éberthique.

(*Acad. des Sciences.*)

## REVUE DE CHIRURGIE

**Dispositif nouveau de traitement des fractures diaphysaires du fémur chez l'enfant,** par le Dr Binet, de Nancy. (*Gazette des Hôpitaux*).

Le Dr Binet préconise un procédé nouveau, possédant les avantages de la réduction par l'extension, continue et ceux de la contention par l'appareil plâtré.

1er temps. — (On va réduire la fracture et placer le membre en bonne position). Traction installée à l'aide de bandes de diachylon, comme dans l'appareil de Tillaux, ou, plus simplement, « au moyen d'un étrier en diachylon qui emboiterait exactement l'astragale en avant, le calcanéum en arrière et dont les branches seraient dans l'axe des malléoles... » en ouatant les points supportant les pressions.

2e temps. — Placer le blessé sur un pelvi-support « muni d'une tige verticale qui prenant point d'appui sur le périnée, fait en quelque sorte la contre-extension » (le tronc est incliné, le siège reposant sur le support élevé et la tête sur le lit).

3e temps. — L'extension est réalisée par une cordelette qui se réfléchit sur une poulie et porte un poids de 3 à 6 kilog. M. Binet préfère réaliser la traction au moyen de la vis de Lorenz. — Le membre fracturé étant en bonne position, le rôle de l'aide se bornera au maintien du membre sain.

4e temps. — (Le plâtre est utile chez l'enfant qui s'agite sans cesse). Le bassin et le membre sont recouverts de deux lames de ouate.

5e temps. — Enroulement des bandes plâtrées depuis le bassin jusqu'à la semelle plantaire, prenant point d'appui sur les crêtes iliaques d'une part, sur les malléoles d'autre part. — 6 épaisseurs de bandes chez les jeunes enfants; 8 chez les enfants plus âgés.

6e temps. — Attendre que le plâtre soit sec, puis couper au ras de la semelle, les bandes de traction.

Surveiller le blessé pendant 24 heures : si la striction est exagérée, il y a cyanose ou pâleur des orteils et douleurs, plus tard œdème. — Après 4 ou 5 semaines au maximum, massage et mobilisation des articulations.

## REVUE CLINIQUE

**La gibbosité du mal de Pott**, par le Dr Broca, professeur agrégé. chirurgien de l'hôpital des Enfants malades (*Pédiatrie pratique*).

Du mal de Pott, dont les trois grands signes sont l'abcès tuberculeux vertébral, la paraplégie et la gibbosité, je ne veux envisager devant vous, aujourd'hui, que la déformation rachidienne, déformation dont Jacques Daleschamps, au milieu du seizième siècle, connaissait bien la cause efficiente quand il parlait de ces « humeurs froides qui, occupant l'intérieur des rouelles, en provoquent la vousteure ».

Cette déformation, comment se fait-elle, en général ; comment peut-on la prévenir ? Je ne m'attarderai pas sur sa guérison que, d'ores et déjà, je vous déclare impossible.

La tuberculose des vertèbres, voilà le vrai mal de Pott. Est-il nécessaire d'ajouter que la lésion provoquée par le bacille de Koch attaque surtout le corps de la vertèbre, que la tuberculose vertébrale est presque toujours exclusivement antérieure, les lésions bacillaires des parties postérieures (apophyses épineuses, transverses, articulaires et lames) constituant une affection rarissime ? A cela rien de surprenant : ces parties des vertèbres sont essentiellement compactes. elles ne subissent pas la moindre pression du poids du corps, deux avantages que les corps vertébraux ne partagent pas avec elles.

Quand la tuberculose n'attaque les corps vertébraux que superficiellement, c'est-à-dire quand elle ne s'en prend qu'aux lames superficielles des corps vertébraux, et quand elle ne détruit aucune des connexions de la vertèbre avec les disques intervertébraux ou avec les grands surtouts ligamenteux (antérieur et postérieur), dans ces conditions, dis-je, il ne peut se produire aucun affaissement des vertèbres, partant aucune gibbosité.

Il n'en est plus de même quand le corps vertébral est le siége d'une caverne, caverne à contenu caséeux traversé d'esquilles, de séquestres. etc. Vous devinez sans peine ce qu'il peut advenir d'un tel segment osseux au centre rongé, subissant l'action du poids du corps, du poids des parties sus-jacentes quand son porteur est debout ou assis, et aussi celle de la contracture des muscles voisins dont s'accompagne fatalement toute lésion. Sous cette double action qui tend à comprimer la région malade, (le corps vertébral en la circonstance), celle-ci finira par s'affaisser.

C'est ainsi qu'il faut comprendre « l'ulcération compressive » du professeur Lannelongue, que Malgaigne avait déjà décrite. Ulcération compressive qui ne comporte pas ici une signification différente de celle dont elle est passible quand elle s'applique à l'eschare sacrée ou fessière du typhique due à la pression subie par les régions entassées, et que les Allemands baptisent — pourquoi chercher des appellations pompeuses à des choses aussi banales ? — du nom de « décubitus ulcéreux ».

N'est-il pas plus simple de dire que si des tissus, des organes malades subissent, simultanément, les actions compressives exercées par le poids du corps et la contracture musculaire, ils ont toutes chances de voir leurs lésions s'augmenter, s'exagérer, de ce seul fait ? Ce qui est vrai pour une tête fémorale, pour les surfaces articulaires du genou, pour le talon, etc., est encore plus vrai pour les vertèbres. C'est là une explication des plus claires, et il n'est pas plus difficile de comprendre que si les lésions tuberculeuses dont nous parlons sont très avancées, les corps vertébraux en arriveront à perdre leurs connexions ligamenteuses et osseuses, de par le décollement des grands surtouts ligamenteux, l'usure des disques à s'affaisser en un mouvement de bascule. dont le résultat visible sera la formation d'une saillie sur l'épine dorsale, saillie due au déplacement de l'apophyse épineuse saine d'une vertèbre au corps malade et détruite totalement ou partiellement. Voilà comment se produit la gibbosité postérieure et médiane, plus ou moins accentuée, suivant le nombre des apophyses épineuses déplacées par le mouvement de bascule que provoque l'affaissement des corps vertébraux ; gibbosité angulaire, quand un petit nombre de corps vertébraux sont détruits ; gibbosité à courbure convexe, à partie exclusivement arrondie, quand un plus grand nombre de corps de vertèbres ont disparu.

Quand un mal de Pott est bien caractérisé, rappelez-vous qu'il y a toujours beaucoup plus de vertèbres malades que ne le laisserait à penser la déformation rachidienne. La saillie angulaire, que l'on a longtemps affirmée révélatrice de la lésion d'un seul corps vertébral, est éminemment trompeuse : il y a souvent deux, trois, quatre, cinq vertèbres malades, alors que l'on ne croirait qu'à des désordres très limités.

La radiographie peut vous tromper, elle aussi, si vous vous contentez d'épreuves reproduisant les vertèbres vues de face. Je vous défie de me dire le plus souvent, à un examen de ce genre, le nombre exact des corps vertébraux disparus. Faites donc aussi. et surtout, des épreuves du profil des vertèbres : il vous arrivera souvent, de ne pouvoir compter le nombre des corps vertébraux lésés ; mais, derrière eux, vous trouverez des arcs postérieurs sains, conservés, qui vous fixeront sur le chiffre des corps malades, détruits.

Ne comptez pas davantage sur la radiographie pour surprendre le début d'un mal de Pott, ni celui d'une lésion ostéo-articulaire, je ne dis pas d'une lésion osseuse. Je ne l'ai jamais vue signaler le début des lésions articulaires de la hanche, du genou, de l'épaule, du coude ; ne lui demandez pas le diagnostic précoce d'une coxalgie, d'un mal de Pott. Très utile, très fidèle pour nous faire découvrir une lésion osseuse, elle devient de mauvais conseil pour les affections commençantes des jointures. En cette dernière circonstance, la palpation, la communication par votre main de mouvements à l'articulation suspecte, la connaissance de l'anatomie et surtout de la physiologie de l'articulation en jeu, seront vos meilleurs guides, des guides que les chirurgiens avertis savent, le plus souvent, utiliser à bon escient.

Comment reconnaître la gibbosité d'un mal de Pott ? Comment la diagnostiquer au début ?

D'abord par la vue. Si vous connaissez les courbures d'une colonne vertébrale normale, il vous sera facile de dépister une gibbosité commençante. Un relief appréciable vous prouvera que la vertèbre correspondante s'est usée au coin, puis s'est affaissée, et, dans son mouvement de bascule, a porté en arrière l'apophyse dont vous venez de constater la saillie.

Le toucher, à défaut du regard, vous permettrait de poser ce diagnostic. Que votre pouce ou votre index suive la colonne vertébrale de bas en haut ; parti du coccyx, qu'il remonte dans la direction du sommet du rachis ; à un moment, il rencontrera un obstacle, qui semble lui dire : « Halte ! on ne passe plus ». Voilà, messieurs, comment on découvre la déformation initiale d'un pottique.

D'ordinaire cette gibbosité est absolument médiane

Quand la tuberculose vertébrale se déclare à la région lombaire, avant même l'apparition de toute saillie, vous pouvez poser le diagnostic de mal de Pott incipiens. En cette région, la colonne vertébrale, vous le savez, présente une concavité normale, plus ou moins prononcée : l'ensellure lombaire. Mettez l'enfant à examiner sur le ventre, comme je fais de celui-ci : prenez ses pieds et portez-les en haut, vous constaterez qu'au lieu d'avoir affaire à une ensellure lombaire, vous vous trouvez en présence d'un segment raide comme une planche. Il n'y a pas de mal de Pott lombaire, sans raideur de cette région ; preuve d'une contracture de la région, qui semble vouloir rectifier sa concavité normale, remplace par une ligne droite une ligne concave.

L'enfant que vous voyez, en plus de cette raideur de la région lombaire et de la saillie angulaire qu'il offre en cet endroit, présente une déviation latérale. Il se penche d'ailleurs sur le côté droit de façon très évidente, quand il se tient debout.

S'agit-il d'une scoliose vraie ? Non, car la saillie vertébrale, la gibbosité provoquée par les apophyses épineuses est angulaire. La déviation est d'ailleurs légère, ne rappelant en rien les scolioses par inflexion rachidienne. Il s'agit simplement d'un mal de Pott scoliotique. Vraisemblablement, la caverne tuberculeuse, au lieu de s'être formée au centre même du corps de la ou des vertèbres, a-t-elle creusé et détruit leur moitié droite, causant un affaissement latéral droit, au lieu de l'affaiblissement médian, dans le sens antérieur, ordinairement constaté.

Peut-être cette déviation latérale droite, survenue à l'occasion d'un mal de Pott lombaire et s'accompagnant d'un état prononcé de flexion et d'adduction du membre inférieur droit, est-elle due à une contracture d'un muscle psoas aux fibres envahies par le pus résultant de la fonte des tubercules et de la destruction de la partie latérale droite de la vertèbre ou des vertèbres incriminées ? J'ai beau palper la fosse iliaque de ce côté, l'attache du psoas au petit trochanter, je ne trouve aucun signe de collection purulente, d'abcès par congestion. Il ne peut donc être question ici que d'une légère scoliose de compensation chez un enfant atteint de mal de Pott lombaire, indemne de tout abcès par congestion, chez un enfant atteint d'une tuberculose ayant très certainement envahi la partie latérale droite d'un ou peut-être de plusieurs corps vertébraux.

Que faire, en présence d'un mal de Pott ?

Dès que le diagnostic de tuberculose vertébrale a été posé, à la faveur des signes qui généralement l'annoncent (douleurs du rachis, sensibilité à la pression d'une apophyse épineuse, difficulté de flexion de la colonne vertébrale, symptômes de parésie des membres inférieurs, etc...), il faut tout faire pour prévenir la formation de la gibbosité, en limitant le mal, en l'empêchant de s'étendre, en un mot en le guérissant. La guérison, cela va sans dire, a des limites : vous ne pouvez pas remplacer un os rongé, détruit. On ne consolide pas des fongosités tuberculeuses ; les ankyloses osseuses sont très rares dans le mal de Pott. La consolidation se fait le plus habituellement, par le moyen des arcs postérieurs restés sains, indemnes des troubles subis par les arcs extérieurs. La connaissance de ce procédé de guérison, tout relatif, n'est pas de date récente ; elle remonte au dix-huitième siècle.

Il s'est trouvé des gens pour sectionner les apophyses épineuses des pottiques porteurs de

gibbosités, et pour prétendre, grâce à ces résections, redresser les bossus, après quelques mois d'enserrement dans un corset. Ces opérés, une fois décorsetés, ne tardaient pas à retrouver leur bosse et à s'affaiser plus que jamais. Conséquence toute naturelle, aussi logique que désastreuse, de la résection déraisonnable de ces apophyses épineuses, dont l'intégrité est nécessaire pour limiter l'affaissement des corps vertébraux tuberculeux. Respectez, au contraire, ces arcs postérieurs qui, seuls, peuvent guérir ces malades avant l'apparition de la gibbosité, ou les empêcher de voir s'aggraver leur état, une fois la gibbosité constituée. Non seulement le redressement de la gibbosité n'a jamais été obtenu, mais il est scientifiquement impossible. La consolidation de la gibbosité est la condition anatomique de la guérison du mal de Pott.

Si la gibbosité, une fois constituée, est définitive et doit être respectée, il n'en est pas moins certain qu'un enfant atteint du mal de Pott au début peut être garanti contre cette déformation du rachis.

Pour limiter « l'ulcération compressive » du professeur Lannelongue, pour empêcher l'affaiblissement des corps vertébraux et l'éventualité d'une saillie gibbeuse, il n'y a qu'un seul moyen, une seule méthode thérapeutique : l'immobilité en bonne position.

Partant de ce principe que le tuberculeux, quelle que soit la localisation de son mal, a besoin d'air et de mouvement, certains médecins se sont refusés à condamner leurs malades au repos absolu. Par ailleurs, reconnaissant la nécessité de soutenir la colonne vertébrale en bonne position, pour s'opposer à la formation d'une déviation d'une bosse trop exagérée, ils ont suspendu leurs petits malades et les ont recouverts d'une carapace plâtrée leur permettant de se promener sans danger, estimant-ils, pour leur affection. Les résultats orthopédiques n'ont pas répondu à leurs espérances : ces corsets s'étendant du bassin à la tête n'empêchaient nullement le poids des parties sus-jacentes du corps de se faire sentir aux vertèbres malades. Par ailleurs je ne saurais, pour ma part, approuver ce traitement ambulatoire du mal de Pott ; je préfère immobiliser que mobiliser un tuberculeux ; à mon sens, le repos physique doit lui être sévèrement imposé. Pour largement respirer un air très pur, il n'est nullement nécessaire de l'astreindre à marcher.

Je le répète, il n'est qu'un moyen de s'opposer à l'action du poids du corps sur les corps vertébraux des porteurs du mal de Pott, et il n'est aussi qu'un moyen de s'opposer à la contracture instinctive des muscles voisins de la région malade : l'immobilité en bonne position. Le patient doit être couché, bien maintenu par un corset. Le repos au lit à plat et l'extension continue, j'en demeure convaincu, empêcheraient la gibbosité de se former, si on y soumettait les pottiques, dès le début de leur affection.

Cette dernière serait ainsi arrêtée. Toutefois n'oubliez pas que la guérison de ces lésions tuberculeuses des vertèbres au lieu de se faire par ankylose osseuse, ne se fait que par ankylose fibreuse. Dès que le guéri va se remettre à marcher, il va quelque peu se tasser, mais ce ne sera là qu'un léger affaissement secondaire, inévitable, mais sans danger.

**Elimination spontanée d'un calcul biliaire par l'ombilic**, par le Dr Tisserand (*Rév. Méd. de la Franche-Comté*).

Mme M..., demeurant à Besançon, âgée de 65 ans, ne présente aucune particularité digne d'être notée tant dans ses antécédents héréditaires que dans ses antécédents personnels.

Elle a eu trois enfants, tous trois sont venus à terme et de façon normale.

Le 12 juin 1909, elle me fait appeler pour la première fois : durant les 4-5 jours qui ont précédé ma visite elle a souffert à plusieurs reprises de douleurs assez vives dans l'hypocondre droit. Une voisine consultée a fort obligeamment conseillé des cataplasmes et les douleurs se sont calmées. Pourtant le mari de la malade s'inquiétant de voir le teint de sa femme jaunir de plus en plus me fait prier d'aller la voir. Je me trouve alors en présence d'une femme grasse, ayant semble-t-il, un bon état général mais atteinte d'un ictère assez prononcé. Les urines sont d'ailleurs brun acajou, les selles complètement décolorées.

A l'examen du ventre je suis tout d'abord frappé par les signes d'inflammation dont la région ombilicale est le siège : la cicatrice ombilicale est un peu tuméfiée, contient dans ses replis quelques gouttes de pus jaunâtre et s'auréole d'un placard lympbangitique large comme une petite paume de main.

Interrogée sur l'origine de cette infection ombilicale, la malade déclare qu'elle est survenue sans douleur, sans signes généraux et presque sans qu'elle s'en aperçoive il y a environ 18 mois. Depuis ce moment il y eu presque constamment un petit écoulement séro-purulent par la cicatrice ombilicale.

L'examen du foie montre que cet organe est douloureux, gros, dépassant de trois travers de doigt le rebord costal. Pas de sensation spéciale dans la région de la vésicule.

Je prescris du calomel, des infusions de Boldo, de l'eau de Vichy et le régime habituel. Pansements humides sur la région ombilicale. L'ictère diminue dans les jours qui suivent, mais ne disparaît pas complètement. Un jour je parle de la possibilité d'une intervention chirurgicale : à partir de ce moment je ne revois plus la malade. Tout ceci se passait au mois de juin dernier.

Le 20 janvier courant, je vois son mari entrer chez moi et m'apporter triomphalement le calcul que vous avez sous les yeux : « Ma femme, dit-il, s'est opérée toute seule ». Je demande des détails sur la façon dont s'est passée cette opération et ne suis pas peu surpris d'entendre l'histoire suivante : la suppuration ombilicale que j'avais constatée lors de mes visites ne s'est jamais tarie ; un beau jour est apparu sur le versant gauche de l'infundibulum ombilical une petite élévation rouge et douloureuse qui fut prise pour un furoncle : ce furoncle s'est ouvert spontanément laissant apparaître à son sommet un petit corps grisâtre, dur et qui resta en place 2-3 jours. Un soir en se déshabillant, la malade se baissa, sentit quelque chose se détacher de son furoncle et tomber par terre avec un petit bruit sec, c'était le calcul qui venait de s'éliminer.

Le lendemain du jour où se produisait cette élimination, j'allai voir la malade et je la trouvai en bon état, ne souffrant pas et n'ayant gardé au point de vue général, qu'une légère teinte subictérique. Localement on voit à droite de la cicatrice ombilicale un petit orifice triangulaire dont les bords taillés à pic ont environ un centimètre chacun ; le fond de la plaie est rouge et bourgeonne bien.

Aujourd'hui encore j'ai revu cette malade ; l'orifice est presque complètement fermé et pas plus qu'il y a quelques jours, il n'y a d'écoulement bilieux ou muqueux.

En somme nous nous trouvons en présence d'un cas curieux d'élimination de calcul biliaire par la paroi abdominale.

De semblables cas ne sont pas, il est vrai, d'une rareté absolue ; toutes les publications ayant trait aux complications de la litbiase biliaire en rapportent d'analogues. L'ouverture à la peau peut même s'observer dans des régions très éloignées des voies biliaires : c'est ainsi que l'on a vu des fistules cholécysto-cutanées dont l'orifice externe siégeait au-dessus du pubis, dans la région inguinale (cas de Gibson), au-dessus du mamelon (cas de Brunn). Forges a cité un cas d'abcès fistulé de la *région trochantérienne droite*, à l'incision duquel on trouva des calculs biliaires.

L'observation de ma malade n'est donc pas une rareté ; néanmoins j'ai cru intéressant de vous la rapporter pour deux raisons :

1° Pour que cette élimination d'un calcul biliaire à la peau ait eu lieu, il a fallu une suite assez longue et compliquée d'accidents pathologiques dont j'envisage ainsi la filiation : cholécystite calculeuse, péricholécystite, perforation de la vésicule entourée d'adhérences, phlegmon de la paroi et enfin rejet du calcul au dehors. Or, tout cela s'est passé sans bruit, sans presque attirer l'attention de la malade, en tout cas sans qu'à aucun instant sa santé ait paru compromise.

2° De telles éliminations de calculs ne sont pas généralement sans s'accompagner de fistule, soit biliaire soit muqueuse. Or, chez ma malade, il n'y eut à aucun moment d'issue de liquide, qu'un peu de sérosité purulente.

Il faut donc admettre que non seulement le canal cystique est oblitéré, mais que l'orifice cutané a perdu toute communication avec la vésicule elle-même. Cette vésicule doit d'ailleurs être complètement sclérosée et contenir encore d'autres calculs ainsi que l'attestent les fossettes de celui que vous avez sous les yeux.

**Syndrôme abdominal suraigu au cours d'une endocardite infectieuse latente avec abcès du pancréas**, par les Drs Josué et E. Velter (*Soc. Méd. des Hôpit.*).

Un homme de 22 ans est pris brusquement d'une douleur abdominale atroce, siégeant sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, avec facies péritonéal, pouls très rapide, vomissements, sans ballonnement du ventre. Puis apparaît un ictère biliphéique. La température s'élève, et le malade succombe le troisième jour de la maladie.

On songe à la perforation d'un organe abdominal, ou à la lithiase biliaire infectée, peut-être à la rupture dans le péritoine de voies biliaires septiques.

A l'autopsie, le péritoine, l'estomac, l'intestin, l'appendice, sont sains. Il y a trois petits abcès dans la tête du pancréas, et de nombreux ganglions lympathiques tuméfiés qui compriment le cholédoque. Le foie est profondément dégénéré. On trouve de plus une ulcération necrotique récente sur la mitrale. Les abcès et l'ulcération contiennent du staphylocoque, et l'on trouve des embolies de ce microbe dans tous les organes.

Le même tableau clinique a été signalé dans les suppurations étendues du pancréas, avec lésions de la totalité de la glande. Notre cas est remarquable par le petit volume des abcès et l'acuité extrême des symptômes. On peut se demander si ces réactions ne sont pas, au moins en partie, la conséquence de la compression du plexus solaire par les ganglions tuméfiés.

L'ictère, qui est tout à fait exceptionnel dans les formes suraiguës, était dû, dans notre cas, à la compression du cholédoque par les ganglions tuméfiés.

Les lésions du foie sont très marquées. A côté des lésions cellulaires, des dilatations des capillaires trabéculaires, on y trouve des lésions de sclérose en voie d'édification : nodules infectieux évoluant vers la sclérose (sclérose additionnelle ou épiphosclérose), amas de cellules hépatiques dégénérées en train d'être remplacées par une cicatrice fibreuse (sclérose de remplacement, ou antiphosclérose).

On trouve enfin des embolies de staphylocoques dans des artérioles et des capillaires de tous les organes. Il est à remarquer que les amas microbiens n'ont déterminé aucune réaction dans les tissus. Il est probable que les germes étaient déjà brisés. Un rapprochement s'impose avec les cas où on a trouvé des microbes dans le liquide céphalo-rachidien, sans éléments cellulaires et sans réaction méningée.

Pour ce qui est de la filiation des accidents,

l'endocardite ulcéreuse a été le point de départ des microbes qui ont déterminé les abcès du pancréas et les embolies terminales. L'endocardite est restée latente, jusqu'à ce que la localisation pancréatique et ganglionnaire ait donné lieu aux symptômes suraigus. Ajoutons que la dégénérescence des cellules du foie a été certainement une des causes principales de la mort rapide.

**La rétention pancréatique dans le cancer du pancréas,** par les Drs Lœper et Rathery (*Arch. des mal. de l'app. digestif*).

Il existe dans certains cancers de la tête du pancréas qui oblitèrent rapidement le canal de Wirsung, deux phases bien distinctes au point de vue anatomique : la première de distension, la seconde d'atrophie ou de sclérose. Une telle distinction est peut-être bien un peu schématique au point de vue clinique, car il n'est pas absolument démontré qu'à chaque lésion correspondent des troubles de nutrition nettement définis.

Pourtant, on peut affirmer que le taux des ferments du sang et de l'urine, particulièrement de l'amylase, subit, dans ces deux phases, des modifications inverses. Il diminue de façon considérable dans l'atrophie et la sclérose glandulaires, il s'élève et dépasse de beaucoup les chiffres habituellement observés dans la rétention pancréatique.

Chez un malade suspect de cancer pancréatique, l'augmentation considérable de l'amylase sanguine et urinaire, accompagnée de la disparition presque absolue de l'amylase fécale, constitue un signe aussi net de rétention pancréatique que l'est, de la rétention biliaire, la décoloration des matières accompagnée de cholémie et de cholurie. Un tel syndrome ne permet certes pas de faire le diagnostic de néoplasme de la tête, mais il permet d'affirmer celui d'oblitération du canal de Wirsung, et de nouvelles observations nous montreront sans doute son existence dans les cancers de l'ampoule, les oblitérations lithiasiques et les pancréatites oblitérantes de la tête.

# REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

**Pathogénie du diabète maigre.**

MM. Chavigny et G.-E. Schneider (du Val-de-Grâce) relatent trois cas de diabète maigre, ayant tous les caractères du diabète dit pancréatique.

Les lésions uniquement localisées au pancréas consistaient en une sclérose généralisée à toute la glande et secondaire, dans le premier cas à une lithiase, dans le second à un cancer de la tête, pour le dernier à une pancréatite suboiguë.

Dans tous ces faits, le processus de sclérose avait complètement bouleversé la structure de la glande et détruit ses éléments cellulaires. Le pancréas était d'ailleurs réduit à un mince cordon fibreux.

MM. Chavigny et Schneider estiment que de telles altérations réalisent au moins aussi bien que l'expérimentation la suppression fonctionnelle du pancréas : il s'agit d'ailleurs là d'une compression lente et pure dans ses effets, en l'absence de tout trauma ou phénomène post-opératoire.

Leurs constats sont de nature à entraîner cette conviction que le pancréas joue un rôle non pas exclusif, mais très considérable dans la pathogénie du diabète maigre.

(*Soc. méd. des Hôpit.*)

**Nos articles.**

*Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.*

# REVUE DE PSYCHIATRIE

**Un cas de Presbyophrénie.**

MM. Rose et Bacon présentent une femme de 59 ans, offrant un tableau clinique caractérisé par une amnésie d'évocation s'étendant sur toute sa vie antérieure, une amnésie de fixation absolue, avec fabulation légère, désorientation dans le temps et dans l'espace et accessoirement par de légers troubles du jugement et de l'affectivité (apathie légère, mais conservation des sentiments moraux). L'absence d'antécédents et de symptômes d'intoxication alcoolique, l'absence de symptômes de polynévrite, l'étendue considérable de l'amnésie rétrograde et l'importance relative des troubles intellectuels doivent faire écarter l'idée d'un syndrome de Korsakow classique et faire porter le diagnostic de presbyophrénie de Wernicke.

M. Dupré. Cette malade ne semble pas fabuler beaucoup, n'a pas de fausses reconnaissances, ne présente pas de troubles de jugement. Elle ne répond pas tout à fait à la description de Wernicke.

M. Deny croit que les troubles de cette malade tiennent à la fois à la presbyophrénie et à la démence sénile.

(*Soc. de Psychiatrie.*)

**Un cas de psycharthénie délirante.**

M. Delmas montre une malade ancienne obsédée, qui, à l'occasion d'une recrudescence de phénomènes obsessionnels en particulier sous forme d'onomatomanie, présente un délire polymorphe à la fois mélancolique, hypochondriaque et de persécution.

Ce délire a été directement déduit des obsessions par une sorte de raisonnement paralogique aidé par des illusions et des interprétations multiples.

M. Dupré. Cette communication est très intéressante et je ne veux faire à M. Delmas qu'une objection portant sur le titre qu'il a choisi. Pourquoi psycharthénie délirante ? Il me semble que le mot psycharthénie doit comme le mot neurasthénie, conserver un sens restreint et signifier un épuisement psychique.

M. Arnaud considère cette malade comme un exemple de plus de la possibilité de la transformation des états obsédants en états délirants et de l'étroite parenté de ces troubles.

(*Soc. de Psychiatrie.*)

**Agitation motrice chronique chez une débile de 9 ans.** (*Déséquilibration psycho-motrice.*)

MM. E. Dupré et Eugène Gelma présentent à la Société une petite fille de 9 ans dont l'étude est très complexe. Les troubles sont surtout caractérisés par un état d'excitation psychique à allure tout à fait maniaque, accompagné d'agitation motrice incessante. Certains gestes de la malade ont une allure spéciale qui ont pu ou imposer pour des mouvements choréiques, ou tout au moins choréiformes caractérisant la chorée variable des dégénérés. Cette enfant a présenté dans le cours de son existence des attaques épileptiques et des accidents frustes comme le tic de Salaan.

La déséquilibration psychique et motrice de cette malade est une conséquence d'un lourd héritage paternel et maternel. La mère est alcoolique et fille d'alcoolique, le père est mort paralytique général et l'enfant a été conçu à la période d'état de cette affection et dans l'état d'ivresse. Cette enfant est la seule qui reste de quatre ; les trois autres sont morts d'encéphalopathies diverses (méningite, convulsions, etc.), conformément à la loi de la descendance des alcooliques : multinatalité, multimortalité.

M. Meige ne voit aucun mouvement choréique chez cette petite malade, c'est une turbulente, ses gestes sont voulus et coordonnés. Elle présente du strabisme et du côté droit des mouvements athétosiques faisant penser à une encéphalopathie.

M. Dupré ajoute que cette malade est gauchère, c'est une déséquilibrée motrice comme elle est une déséquilibrée mentale.

M. Vallon. Cette enfant n'a certainement pas pu être éduquée en raison de son agitation et il est donc difficile d'apprécier chez elle la débilité mentale qui n'est peut-être pas aussi accusée qu'elle le paraît.

M. Deny. Il y a chez cette malade avant tout déséquilibre affectif et par ce chemin je la rapprocherai de l'excitation maniaque franche. Tous ces cas sont de la même famille ; disons que ce sont des cyclothymiques, c'est le trouble affectif qui est ici fondamental et non le plus ou moins de périodicité. Ces cas s'éclairent les uns des autres. Il n'est pas étonnant que chez l'enfant ce soit le trouble moteur qui prenne toute l'importance.

M. Ballet. Assimiler cet état à ceux de la psychose périodique me semble un peu osé. Les enfants instables sont légion et cette enfant est à rapprocher de ceux-ci et non de la maladie à accès qui est la psychose périodique. Le trouble a sa raison d'être dans une perturbation de l'affectivité. Mais ce n'est pas une raison pour rapprocher ces états de la cyclothymie de la psychose périodique, car alors le mot perd toute signification. C'est le cycle qui caractérise la cyclothymie, ces enfants ne sont pas des malades à cycles, ce ne sont pas des alternants.

M. Deny. Il ne faut pas prendre la signification des mots dans un sens trop étroit. Le mot cyclothymie signifie essentiellement variation de l'humeur. Il faut remarquer aussi que dans les cas comme celui-ci des accès de dépression passent en général inaperçus.

(*Soc. de Psychiatrie.*)

**Epilepsie et paralysie générale.**

MM. Colin et Mignard montrent à la Société une malade qui, pendant plusieurs mois, a été soignée à la Salpêtrière. Considérée comme épileptique, elle était soumise au traitement par le bromure de potassium et l'hypochloruration. A son arrivée à l'asile de Villejuif, elle présentait un état confusionnel qui pouvait être consécutif à des accès d'épilepsie, et qui légitimait le diagnostic porté antérieurement à la Salpêtrière et à Sainte-Anne.

En réalité, il s'agit d'une paralytique générale. Ces cas sont des plus importants à faire connaître aux médecins, étant donné l'importance du pronostic et du traitement à suivre. Ils ont été signalés depuis longtemps, entre autres par Falret, Moreau de Tours, Toulouse et Marchand, Séglas et Français. L'étude attentive, non seulement du malade, mais de son histoire pathologique et l'évolution de l'affection permettent de faire le diagnostic.

MM. Magnan, Pactet, Ritti, approuvent ces conclusions et M. Marchand dit que, cliniquement, on peut observer chez les paralytiques généraux deux sortes distinctes de crises convulsives. Chez les uns les crises, quoique nombreuses n'influencent en rien la marche de la paralysie générale ; chez d'autres les crises, quoique moins fréquentes, sont toujours suivies d'une aggravation des phénomènes moteurs et psychiques de la paralysie générale.

(*Soc. de Médec. mentale.*)

**Deux cas d'athétose double dont un avec attitudes vicieuses excessives.**

M. Truelle présente deux malades. Dans le premier cas, début à 9 mois par des convulsions suivies d'athétose généralisée. Puis rigidité musculaire progressive, devenue peu à peu prédominante. Ce qui particularise ce cas, c'est l'intégrité presque complète de l'intelligence, la présence d'un pseudo-syndrome bulbaire spasmodique, et surtout la réalisation d'un syndrome


THYRATOXINE "BYLA"
HORMONOTHÉRAPIE
Série des HORMONES "BYLA"
NOUVELLES PRÉPARATIONS
ORGANIQUES
PRIVÉES DES
TOXO-LIPOÏDES
ET DES
TOXO-LEUCOMAÏNES
THYROÏDINE
NON TOXIQUE
INNOCUITÉ ABSOLUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
TOUTES LES INDICATIONS DE LA THYROÏDINE
LE FLACON DE 80 TABLETTES DOSÉES A 0 Gr.025, PRIX: 8 FRANCS
DOSE MOYENNE: 4 TABLETTES PAR JOUR OU 0 Gr.10 DE THYRATOXINE
MONOGRAPHIE & ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY, (Seine)
Laboratoires autorisés par le Gouvernement
pour la préparation des médicaments organiques.

de Little tel que le diagnostic pourrait hésiter, n'étaient la priorité et la permanence de l'amyotaxie caractéristiques.

Dans le second cas, début à 10 mois par des convulsions localisées à droite, puis généralisées. Hémiparésie droite consécutive. A 8 ans, flexion du corps à droite, puis rigidité spasmodique progressive du côté opposé. Actuellement (malade âgée de 27 ans), la flexion du tronc à droite est excessive, mais corrigible, la rigidité musculaire gauche est extrême à la racine des membres, d'où attitudes vicieuses également corrigibles. Permanence de mouvements athétosiques souples très discrets au repos. Légère faiblesse musculaire à droite. Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs. Intelligence un peu débile. Le qualificatif d'athétose double n'est appliqué que faute de mieux.

Ces deux cas montrent la complexité du syndrome clinique qui peut être réalisé chez le même malade par les lésions encéphaliques de l'enfance. (*Soc. de Méd. mentale.*)

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Comment donner l'huile de ricin** (*Revue intern. de Médecine et de chirurgie*).

Les indications de l'huile de ricin sont fréquentes : c'est un évacuant qui a l'avantage de ne pas irriter l'intestin, de ne donner lieu à aucune congestion du petit bassin. Aussi peut-on le donner au cours de nombreuses affections abdominales, au cours de la grossesse, et sans se préoccuper de l'état de fièvre.

Mais beaucoup de malades répugnent à prendre ce remède. Aussi s'efforce-t-on d'en dissimuler le goût, soit en le faisant prendre avec différents excipients, soit en employant la forme d'émulsion.

Les procédés qui consistent à faire prendre l'huile de ricin dans du café noir, dans une infusion aromatique, etc., sont bien connus, mais ne masquent pas complètement le goût. En voici quelques-uns qui donnent entière satisfaction.

I. — Exprimer dans un verre le jus d'une moitié d'orange, verser la quantité d'huile de ricin prescrite, et par dessus le tout exprimer l'autre moitié de l'orange. L'huile prise ainsi « entre deux jus » est avalée sans dégoût.

II. — Mettre l'huile de ricin dans une tasse avec du lait chaud, sucré et aromatisé à la fleur d'oranger. Battre comme on ferait d'une mayonnaise et boire chaud avant la remontée des globules graisseux. La saveur désagréable de l'huile est parfaitement masquée.

III. — Liebreich recommande le procédé suivant : dans un verre, on mélange l'huile avec une certaine quantité de sirop de fruit ou de sirop de chocolat ; on ajoute de l'eau de Seltz sous assez forte pression. On agite la masse que le malade doit absorber avant complet dégagement du gaz.

IV. — Voici une recette à la bière : Prendre un verre ordinaire et le remplir à moitié avec de la bière. Verser avec précaution la dose nécessaire d'huile, de manière qu'elle surnage le premier liquide.

Battre, d'autre part, une petite quantité de bière en mousse et déposer celle-ci sur l'huile de ricin.

Non seulement l'absorption se fait ainsi sans que l'on perçoive le goût d'huile, mais le médicament est bien toléré, les « renvois », s'il s'en produit, n'ayant absolument que le goût de bière.

On peut ainsi administrer l'huile de ricin à l'insu des malades, et nombreux sont ceux qui ont cru ainsi être purgés par une préparation qu'on leur disait être de la « bière à la magnésie ».

V. — Le professeur Bondet, de Lyon, donne couramment l'huile de ricin sous la forme suivante, comme laxatif, et affirme que les malades la prennent « par plaisir » :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin.......... | } |
| Sirop d'orgeat.......... | } áâ 20 gr. |
| Eau de menthe.......... | } |

VI. — Voici des formules d'émulsions qui donnent toute satisfaction :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin.......... | 2 à 10 gr. |
| Jaune d'œuf.......... | N° 1 |

Battre vivement et ajouter peu à peu :

| | |
|---|---|
| Eau tiède.......... | 80 cent. c. |
| Eau de fleurs d'oranger... | 20 — |

A prendre en une ou deux fois. Préparation recommandée chez les enfants.

Autre formule pour les enfants :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin.......... | 4 à 10 gr. |
| Glycérine.......... | 10 gr. |
| Eau de menthe.......... | 5 gr. |
| Essence de menthe.......... | II gouttes. |

Pour les adultes :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin.......... | 30 gr. |
| Cognac.......... | 5 gr. |
| Saccharine.......... | 0 gr. 25 |
| Essence d'anis.......... | XXX gouttes |

Enfin, aux malades pusillanimes on pourra donner l'huile de ricin sous forme d'ovules.

**Bégaiement**, par le Dr Chervin (*Année Médicale de Caen*).

...Tout d'abord, il faut considérer que *le bégaiement est une névrose fonctionnelle des organes de la parole, qui débute dans la première enfance. Il est essentiellement intermittent, mais disparaît complètement dans le chant. Il est toujours accompagné de troubles respiratoires et, quelquefois aussi, de troubles psychiques (phobies). Il n'est justiciable que de l'orthophonie.*

En quoi consiste le traitement, qui ne dure que trois semaines ?

La *première semaine* est consacrée à l'étude des éléments de la parole et à l'exercice méthodique de la respiration.

Il faut d'abord rétablir le rythme respiratoire et, pour cela, il faut apprendre au bègue à respirer et à utiliser sa respiration au point de vue de la parole.

Il y a donc des exercices méthodiques de respiration, dans lesquels nous enseignons pratiquement au sujet comment on prend l'inspiration, comment se fait l'expiration, comment enfin ces deux temps doivent être précédés d'un repos, dans lequel la bouche soit rester fermée.

Nous utilisons l'expiration pour prononcer d'abord des sons séparés, puis des sons liés. Les voyelles étant plus faciles à prononcer que les consonnes, ce sont les voyelles que nous choisissons de préférence pour commencer.

Après les voyelles, viennent les consonnes, et nous nous occupons de l'étude du mécanisme de la prononciation de chacune d'elles.

Lorsque les éléments de la parole ont été parfaitement étudiés et que les difficultés portant sur telles ou telles consonnes ont été vaincues, par des exercices gymnastiques spéciaux, nous passons à l'étude des syllabes, puis des mots, enfin, des phrases et des discours.

Pendant cette première semaine, le bègue doit rompre entièrement avec son ancienne manière de parler et jeter les fondements de nouvelles habitudes phonatrices.

Nous considérons comme un précieux adjuvant de ce travail, le silence complet, absolu, que nous imposons à nos élèves pendant cette première semaine. Il est évident que tant que les principes de la méthode ne sont pas suffisamment connus de l'élève et qu'il n'est pas complètement rompu à leur pratique, il ne les appliquera pas dans la conversation. Donc, en lui laissant la liberté de parler en dehors des exercices, on s'exposerait à le voir oublier d'un côté ce qu'il aurait appris d'un autre.

Ce silence rigoureux a encore un autre but. Il apporte le calme dans la pensée de l'élève et lui fait oublier jusqu'au souvenir de la manière dont il bégayait. C'est là un effet sédatif qui n'est pas à dédaigner, et que nous voyons pratiquer tous les jours avec succès dans la médecine mentale.

La *seconde semaine*, l'élève recouvre la liberté de la parole. Le moment est venu pour lui de faire usage des principes qui lui ont été enseignés. Désormais, il peut parler, car il ne bégayera plus, pour peu qu'il veuille s'astreindre à parler très lentement et en mettant en pratique les observations qui lui ont été faites sur la respiration, sur les mouvements réguliers de la langue et des lèvres, sur la syllabation naturelle.

C'est toujours pour moi une surprise nouvelle de voir que les grimaces, les spasmes, les hésitations, les répétitions les plus accusées ont disparu comme par enchantement sous l'influence de la méthode. Une parole claire, nette, facile, a succédé au bégaiement d'autrefois ; parole qui deviendra bientôt naturelle, agréable et harmonieuse, lorsque l'extrême lenteur méthodique, imposée pendant la seconde semaine, aura fait place à l'allure plus dégagée qui doit être pratiquée pendant la dernière semaine du traitement.

La *troisième semaine* est employée à consolider l'habitude nouvelle qu'a prise le sujet de parler avec précaution et méthode et à perfectionner sa diction en la débarrassant de tout ce qu'elle pourrait avoir de choquant. Nous faisons, en même temps, une étude approfondie des coupures de la phrase et des inflexions de la voix.

Nous remplaçons enfin la syllabation très marquée des premiers jours, par une diction posée, mais légèrement accentuée, dans laquelle toutes les syllabes sont prononcées sans précipitation et, surtout, sans saccade.

Pendant cette dernière semaine, nous conseillons à notre élève d'imiter les personnes qui parlent bien, dont la diction, sans être d'une lenteur pédante, est calme et réfléchie ; dont les inflexions de voix sont naturelles et variées ; dont les phrases, bien coupées au double point de vue de la respiration et du sens, sont faciles à comprendre et agréables à entendre.

En un mot, nous nous efforçons, par l'étude raisonnée et minutieuse de l'art de bien dire, de transformer le bègue d'autrefois en un lecteur et un causeur élégant, habile et expérimenté.

Mais, dira-t-on, lorsque les trois semaines de traitement sont écoulées, les élèves n'ont-ils plus besoin de s'observer, de s'exercer, et la nouvelle habitude est-elle suffisamment enracinée en eux pour qu'ils puissent, sans danger, laisser de côté toute espèce d'exercices, parler sans précaution et se fier uniquement et complètement aux résultats acquis pendant le traitement ?

Loin de moi la pensée d'une pareille prétention !

Lorsque notre élève nous quitte, nous le considérons comme un convalescent, qui a encore besoin de soins et de précautions pour achever son complet rétablissement.

Aussi, laissons-nous entre ses mains des instructions spéciales, pour qu'il puisse continuer chez lui l'application de la méthode.

Combien de temps doivent durer ces exercices de convalescence ? Il est bien difficile de leur assigner un terme exact et précis ; leur durée varie, en effet, avec l'assiduité que l'élève apporte dans ce petit travail de persévérance. Toutefois, pour un élève attentif et sérieux, il suffit le plus souvent de travailler pendant un mois, deux ou trois heures par jour.

**Sur le Traitement des fistules tuberculeuses, par les injections de pâte bismuthée. Méthode de Beck**, par M. le Dr de Fourmestraux, de Chartres (*Soc. de l'Internat.*).

Au commencement de l'année dernière, Em. J. Beck, de Chicago (mars 1908), exposait les heu-

reux résultats qu'il avait obtenus pour le diagnostic et le traitement des fistules et des cavités bacillaires par l'injection d'une pâte liquéfiable à base de bismuth. Depuis cette époque J. Beck et son frère publièrent dans le *Journal of the american Association* toute une série d'articles où ils exposèrent longuement les résultats de cette méthode. En France, Nové Josserand, Rendu, Mauclaire, Dujarier l'employèrent avec des succès divers. Nous renvoyons pour la bibliographie de cette question, à une intéressante revue générale de Dujarier (1). Après une période d'engouement pour ce procédé nouveau, les critiques sont survenues et, tour à tour, David et Kauffman, Eggenberger, Don, Bacchus, etc., sont venus signaler des cas d'intoxication extrêmement graves survenus après injection de vaseline bismuthée dans les trajets fistuleux.

Depuis un an, nous avons employé dans différents cas la méthode de Beck, et il nous a paru intéressant de verser au débat nos observations, bons et mauvais résultats. Nous avons employé la technique recommandée par le promoteur de la méthode avec quelques variations de détail. Le mélange initial recommandé par Beck consiste dans une émulsion de 33 parties de sous-nitrate de bismuth dans 67 parties de vaseline, mélange au tiers. Il rend le mélange plus ou moins liquéfiable en y incorporant une dose variable de cire blanche et de paraffine à 49°. Personnellement nous avons employé seulement les deux mélanges suivants :

*Pâte n° 1* (Beck)

| | |
|---|---|
| Vaseline stérilisée......... | 67 grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth.... | 33 — |

*Pâte n° 2* (Fourmestraux)

| | |
|---|---|
| Vaseline stérilisée......... | 60 grammes. |
| Paraffine purifiée par centrifugation à chaud........ | 7 — |
| Sous-nitrate de bismuth.... | 33 — |

C'est le mélange numéro 2 que nous avons du reste presque toujours employé. La pâte était préparée dans des tubes en étain, d'un usage courant pour la vaseline et les pommades. Nous avons stérilisé nos premiers tubes à l'autoclave, mais avons dû y renoncer, car le bismuth tombait au fond du tube et le mélange avait une consistance inégale. Nous avons alors fait préparer la pâte à notre maison de santé avec de la vaseline autoclavée et les manipulations de préparation faites dans des récipients dûment stérilisés. Au moment de l'usage, le tube d'étain était plongé cinq à six minutes dans le bain-marie à 38°.

Beck recommande l'emploi d'une seringue spéciale stérilisée à sec. Nous avons employé une seringue de Luer de 10 ou 20 centimètres cubes stérilisée, comme nos instruments, à l'autoclave. Un drain taillé en bec de flûte s'adapte sur la seringue et permet l'injection dans le trajet fistuleux. Dans les cas d'abcès froids non fistulisés, nous avons injecté le mélange rapidement avec une aiguille en platine à calibre large. Cette technique nous a paru, et c'est là un point très intéressant dans la méthode, extrêmement simple.

Nous avons appliqué ladite méthode sur onze malades présentant des lésions tuberculeuses fistulisées, malades que nous avons suivis de deux à dix mois. Ces cas se décomposent de la façon suivante : une tumeur blanche du coude fistulisée avec ankylose partielle, une coxalgie fistulisée, une fistule trochantérienne, deux spina ventosa, trois fistules anales, trois testicules tuberculeux fistulisés. Les résultats sont les suivants : les testicules tuberculeux, les spina ventosa, la fistule trochantérienne sont guéris ou représentent les caractères extérieurs d'une guérison complète. La tumeur blanche du coude est améliorée ; nous avons cessé le traitement dans la coxalgie fistulisée sous la menace d'accidents d'intoxication. Dans les trois fistules anales, nous avons eu des résultats négatifs.

Si nous analysons ces cas de plus près, nous devons reconnaître que dans les testicules tuberculeux fistulisés, nous avons obtenu des résultats tout à fait remarquables ; on sait combien sont tenaces les fistules de ce genre, et combien la castration n'est en somme qu'une ressource ultime et fâcheuse.

Un des malades de nos observations précédentes, le nommé, Pierre Besn..., était un homme vigoureux ; solidement musclé et ne présentant pas de tare pulmonaire cliniquement appréciable ; il présentait en revanche un testicule bacillaire des plus nets avec fistule.

Cathelin quelques mois auparavant lui avait proposé une épididymectomie. Je le trouvai au mois de février 1909 avec un état local si lamentable que je conseillai une castration ; en raison de ses hésitations, je lui fis, pendant un mois, une série d'applications de la bande de Bier qui ne donna qu'un résultat médiocre ; de mars à fin mai 1909, 3 injections de mélange bismuthé (numéro 2) permettent l'assèchement complet de la fistule et la guérison apparente. Je viens de revoir le malade ces jours-ci, la guérison s'est maintenue. Mécanicien-ajusteur, il travaille toute la journée à l'étau sans fatigue. Fait intéressant, il avait ébauché une psychose qui a complètement disparu. Les deux autres observations de testicule bacillaire que je ne veux pas rapporter en détail, sont identiques à la précédente et ont trait à deux malades chez qui, malgré mes répugnances pour cette intervention, j'avais posé l'indication de la castration. Je tiens à répéter qu'il ne saurait, dans ce cas, être question de guérison absolue, de *restitutio ad integrum* ; on sent encore du reste chez deux d'entre eux des vésicules séminales indurées, mais les fistules ont tari, et se sont fermées avec une rapidité à laquelle les traitements classiques ne nous avaient pas habitués.

Les résultats ont été également excellents dans les deux spina ventosa que j'ai traité par la méthode de Beck, dans un cas avec ablation d'esquille, dans l'autre sans ablation. La fermeture de la fistule a, là encore, été très rapide.

Ce procédé m'a, en revanche, dans les fistules anales ainsi traitées, donné des résultats négatifs ; dans le premier cas, fistule ano-sphinctérienne, le liquide à injection s'écoulait dans le rectum ; dans le second, fistule borgne externe sus-sphinctérienne, l'injection fut douloureuse et accompagnée d'une poussée fébrile, je dus dans les deux cas pour obtenir une guérison en faire la cure opératoire. Le troisième malade est encore en traitement.

Le malade porteur d'une tumeur blanche du coude fistulisée est encore en traitement, je lui ai fait trois injections en 2 mois, l'aspect de l'écoulement a changé, et est devenu lactescent puis séreux. Il est nettement amélioré, mais non guéri. Il en est de même du nommé Georges S..., garçon de 17 ans, chez qui, comme dans le cas d'un malade dont l'observation est rapportée par Mauclaire, l'injection de bismuth et le contrôle radioscopique m'a permis d'éliminer le diagnostic de coxalgie et de faire celui de fistule à point de départ trochantérien (il n'est également traité que depuis 2 mois). Il peut guérir sans intervention sanglante, et est actuellement très amélioré.

J'ai eu un résultat franchement mauvais dans un cas de coxalgie fistulisée : il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, présentant une coxalgie depuis 4 ans avec fistule dans le triangle de Scarpa en dedans des vaisseaux. Je lui fis une injection de 80 grammes environ du mélange numéro 1, c'est-à-dire un peu plus de 20 grammes de sous-nitrate de bismuth ; je constatai le soir des crampes dans les jambes, une diminution nette des urines avec présence d'albumine et de l'accélération du pouls, 120 avec 38° de température. Le lendemain l'état était le même avec un peu de gingivite et une langue saburrale ; me souvenant des accidents signalés, je débridai la fistule, enlevant le plus qu'il m'était possible de pâte avec une petite curette utérine. Les accidents diminuèrent, puis disparurent. Je crois qu'ils sont dus en grande partie au mauvais état du rein et du foie de ladite malade. Je pense qu'il y eut là, néanmoins, mieux qu'une coïncidence et je ne voulus pas chez elle faire de nouvelles injections.

Tel est le bilan de quelques cas que j'ai traités par la méthode de Beck. Il me paraît prématuré de tirer des conclusions fermes de ces observations, elles ont cependant quelque valeur, en ce que ces malades ont été suivis de 2 mois à un an. Je me permettrai cependant de donner mon impression qui est la suivante. Dans les lésions tuberculeuses à trajets fistuleux courts ; dans les cavités tuberculeuses, peu profondes, dans lesquelles il n'est pas nécessaire d'introduire de fortes doses de sous-nitrate de bismuth, la méthode de Beck constitue une excellente technique, et dans 3 cas de fistules d'orchi-épididymites tuberculeuses, elle nous a donné des résultats très nets. Dans les fistules à long trajet des cavités tuberculeuses larges et profondes, c'est avec une extrême prudence qu'on doit l'employer en raison des propriétés nocives du sous-nitrate de bismuth injecté à haute dose, et cela d'autant plus que le rein, le foie, les organes de défense des malades tuberculeux fistulisés et infectés, auxquels on fera ces injections, présentent des altérations cellulaires qui rendront bien aléatoire la lutte contre une intoxication nouvelle.

(1) Dujarier, *Journal de Chirurgie*, août 1909, p. 117 à 137.

## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**Rapport sur la communication de M. Marmorek, concernant le diagnostic de la tuberculose par le méthode de la déviation du complément,** par M. le Dr Widal (*Académie de Médecine*).

M. Marmorek a soumis à l'Académie une nouvelle méthode de diagnostic, destinée à déceler la présence d'un processus tuberculeux, *en activité* dans un organisme.

D'après lui, la tuberculine-réaction de Koch (injection sous-cutanée) et ses différentes variétés qui permettent de se prononcer avec certitude sur la présence des bacilles tuberculeux dans un organisme ne fournissent aucune indication, pourtant indispensable, sur le rapport entre le bacille et celui-ci. Les réactions par la tuberculine ont lieu également dans les deux cas. Comment, dès lors, savoir, en présence des manifestations pathologiques douteuses, si les symptômes morbides sont dus à la tuberculose où s'ils sont déterminés par une autre cause, chez un individu porteur de bacilles latents ? Les moyens actuels de diagnostic biologique ne permettent point de trancher cette alternative d'autant plus importante que nous savons actuellement que les bacilles se trouvent à l'état latent chez beaucoup d'individus, assistant ainsi, sans y prendre part, à toutes les manifestations biologiques non tuberculeuses.

La méthode qu'indique M. Marmorek fournirait un moyen de constater, dans la circulation, la présence de la toxine tuberculeuse, produit de l'activité du bacille de Koch.

Ce procédé est basé sur la méthode bien connue de Bordet et Gengou de la déviation du complément. Il était naturel que le succès de la méthode de Wassermann, Bruck et Neisser concernant le séro-diagnostic de la syphilis, conduisît à chercher une méthode analogue pour la tuberculose. Plusieurs auteurs ont pensé que, conformément aux idées courantes, l'anticorps à chercher devait être une antituberculine, la tuberculine étant l'antigène supposé. Les recherches en-

treprises dans cette voie n'ont pas abouti. D'autres savants se mirent alors à chercher, à l'aide de l'antituberculine, dans le sérum des malades, la présence de la tuberculine. Le résultat fut également négatif. Le point de départ de M. Marmorek fut une autre conception de la pathogénie de la tuberculose, déjà communiquée à l'Académie dans sa séance du 17 novembre 1903.

Selon cette conception, les bacilles en activité émettent une toxine différente de la tuberculine ; c'est cette toxine, et non pas la tuberculine, qui doit être recherchée. Le sérum antituberculeux de Marmorek, qui est l'anticorps de cette toxine, permettrait alors d'appliquer la méthode de Bordet et Gengou à la tuberculose. On connaît le principe de cette méthode : un antigène (microbien ou cellulaire) rencontrant son anticorps spécifique s'y fixe ; mais cette fixation ne se fait qu'en présence et par l'intermédiaire d'une troisième substance thermolabile, le *complément*, identique dans tous les sérums.

Il était à supposer que dans le cas d'un processus bacillaire avec retentissement sur l'économie générale, la toxine à chercher se trouve dans la circulation, et la réaction devait alors la déceler, et dans le sérum, et dans les urines. Les investigations de M. Marmorek ont porté sur ces deux substances.

0 c. c. 15 de sérum (ou 0 c. c. 3 d'urines filtrées) des malades à examiner sont mélangés avec 0 c. c. 3 de sérum antituberculeux et antistreptococcique (« sérum double »), il faut se servir, pour la réaction, d'un sérum provenant de chevaux qui ne sont qu'antituberculeux (« sérum simple »).

Quant au complément nécessaire à l'accomplissement de la réaction, il est déjà présent dans le sérum à examiner. Il faut en ajouter (sous forme de sérum frais de cobaye), si le sérum à examiner est âgé de plus de deux jours ; car le complément disparaît rapidement du sérum. Si le sérum provient d'une femme enceinte ou en couches, deux gouttes de ce complément sont indispensables, parce que leur sérum en manque presque totalement. Les urines ne contiennent pas de complément ; il sera fourni par une goutte de sérum de cobaye.

On porte le tout à l'étuve pendant une heure. Pour savoir si la fixation toxine-anticorps-complément s'est produite ou non, on a recours à un indice colorant par un système hémolytique. On ajoute donc 0 c. c. 3 d'une dilution au dixième d'hématies de mouton et une certaine quantité de sérum de lapin, hémolytique pour ce sang. La quantité de ce dernier sérum dépendra de son titre. Il en faut une quantité suffisante pour dissoudre ces hématies en quarante-cinq minutes.

Un nouveau séjour d'une heure de tout ce mélange à l'étuve renseignera sur la présence ou l'absence de l'antigène, c'est-à-dire de la toxine tuberculeuse, dans le sérum ou dans les urines du malade à examiner. Si ce sérum (ou les urines) contient la toxine, celle-ci fixera, à l'aide de son anticorps, le complément présent, et l'hémolyse, faute de complément, ne se fera pas. Le liquide restera trouble, et plus tard, lorsque tous les globules seront déposés au fond, il reprendra sa couleur primitive jaune citron. En cas d'absence de cette toxine-antigène, le complément libre ira vers le sérum hémolytique et produira l'hémolyse, caractérisée par un liquide limpide, couleur vin de Bordeaux.

En examinant de près les phénomènes observés pendant ses recherches, M. Marmorek a pu constater soit une hémolyse totale, soit l'absence complète d'hémolyse, soit une hémolyse partielle. L'hémolyse totale indique l'absence complète de la toxine tuberculeuse dans la circulation générale. L'absence d'hémolyse a lieu chez les tuberculeux à intoxication prononcée, avec température élevée ou cachexie marquée. L'hémolyse incomplète s'observe chez les tuberculeux avec peu ou pas de fièvre, à intoxication faible ou passagère. Il y a toute une gamme d'hémolyses partielles, suivant la quantité plus ou moins grande de toxine dans le sang. Plus l'hémolyse est faible, et plus l'individu est intoxiqué. Les tuberculoses locales sans répercussion sur l'état général et apyrétiques donnent l'hémolyse, la toxine, arrêtée par les barrières locales, n'étant pas encore versée dans la circulation générale. Mais la réaction décèlera même ces cas de tuberculose au début où l'intoxication se manifeste par l'amaigrissement progressif, la fièvre vespérale faible, etc.

L'examen répété chez un même malade permettra de se rendre compte, *grosso modo*, il est vrai, des variations quantitatives de la toxine et d'obtenir par là un certain indice au point de vue du pronostic.

Les recherches de M. Marmorek ont été faites sur 600 personnes (chez 306 sur le sérum et chez 294 sur les urines). Les résultats de la réaction n'ont été en désaccord avec le diagnostic clinique que dans 5 0/0 environ de tous les cas (28 fois).

Il faut ajouter que dans quelques cas la réaction a donné un arrêt de l'hémolyse et indiquait, par conséquent, une tuberculose, que rien cependant ne faisait supposer.

Quelquefois, les examens simultanés du sérum et des urines ont donné des résultats différents et qui ne pouvaient pas être expliqués, sauf dans un cas de cystite, sans intoxication générale, où la réaction faite avec les urines fut positive et celle faite avec le sérum, négative.

Mais, d'autre part, quelques résultats discordants entre la réaction et le diagnostic clinique ne paraissent pas à M. Marmorek tous imputables à un défaut de la méthode. Il y a, pense-t-il, assurément un certain nombre de malades chez lesquels l'hypothèse d'un foyer tuberculeux occulte, producteur de toxines, est vraisemblable.

La méthode a, en tout cas, l'avantage de se faire en dehors de l'organisme du malade et d'être, par conséquent, d'une innocuité absolue.

Depuis cette communication de M. Marmorek, M. Bergeron a apporté la confirmation de l'exactitude du procédé et de son utilité clinique. Dans un travail publié dans les *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie* (1) et tout récemment, dans un article de *La Presse médicale* (2), M. Bergeron dit avoir mis la méthode de M. Marmorek à l'épreuve dans 216 cas. Sur 133 tuberculeux certains, la méthode a donné des résultats en accord avec le diagnostic clinique 131 fois. Sur 74 malades non tuberculeux, 67 fois les résultats ont été conformes au diagnostic clinique. 6 cas douteux ne peuvent pas entrer en ligne de compte dans cette statistique.

En résumé, sur 213 malades examinés par M. Bergeron, la méthode de Marmorek a donné 204 résultats conformes à la clinique. Le pourcentage des désaccords avec la clinique atteint 1.58 pour la série des 133 tuberculeux et 4.22 pour l'ensemble des sujets examinés.

M. Bergeron conclut qu'il lui semble légitime de considérer comme d'un très grand intérêt un procédé de diagnostic qui donne un peu plus de 95 résultats exacts sur 100.

Le procédé de M. Marmorek paraît donc appelé à rendre de réels services pour le diagnostic de la tuberculose.

(1) Séance du 29 novembre 1909.
(2) Numéro du 1er janvier 1910.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**La Thérapeutique en vingt Médicaments**, par les Drs H. Huchard et Ch. Fiessinger. (Maloine).

Un volume qui sera lu par tous les praticiens, car il est écrit pour eux avec cette clarté et cette documentation qui sont l'habitude de ces auteurs.

La thérapeutique en vingt médicaments, c'est-à-dire la thérapeutique simplifiée, débroussaillée, efficace par elle-même, en dehors de toute intervention suggestive et ne se laissant pas prendre à l'illusion des coïncidences.

MM. H. Huchard et Ch. Fiessinger, après leurs deux volumes de clinique thérapeutique du praticien, ont voulu écrire la thérapeutique du praticien. Peu de considérations physiologiques en tête des chapitres, car la physiologie change et les interprétations varient avec les temps, mais les applications pratiques, celles qui étant vraies hier, le demeureront demain.

Le médecin qui soigne des malades n'a point besoin d'autre chose, et le malade guéri ne s'inquiète pas d'une explication scientifique qui, sans doute, est à la veille d'apparaître définitive, mais n'a pas jusqu'aujourd'hui éclairci tous les éléments du problème.

Les auteurs se sont donc cantonnés sur le terrain de la pratique constante, tirée de leur expérience personnelle. Avec vingt médicaments, le traitement est possible de toutes les maladies. Les traitements spécifiques (salicylate de soude, mercure, quinine, digitale, sérothérapie, etc.) tiennent naturellement la première place. L'intelligence du médecin, sa perspicacité, sa bonté feront le reste. Dès son apparition, la traduction de cet ouvrage a été demandée en anglais, italien, espagnol. C'est dire le succès qui l'attend.

**Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des Médecins des hôpitaux de Paris**, par le Dr Genévrier, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Steinheil.)

Ce formulaire, édité avec autant de soin que d'élégance, contient dans ses 520 pages beaucoup plus de substance que ne l'indique son titre trop modeste ; de taille à être logé dans la poche, il fournira au praticien, en toute circonstance, un renseignement utile et précis ; le but visible de l'auteur a été de condenser, dans une forme concise mais toujours claire, tout ce qui se rapporte à la thérapeutique. Avec ce guide, le praticien possèdera tous les éléments nécessaires à la rédaction d'une ordonnance complète.

Dans la première partie de l'ouvrage, toutes les affections, médicales ou chirurgicales, sont rangées par ordre alphabétique, et pour chacune d'elles, le traitement indiqué est celui qu'a recommandé un de nos maîtres de la Faculté ou des hôpitaux de Paris.

Dans la seconde partie, l'auteur a réuni toutes les notions utiles à l'application des différents moyens thérapeutiques ; nous citerons, entre autres chapitres, les différentes formes d'administration des médicaments, y compris l'opothérapie et la sérothérapie, qui sont étudiés avec quelque détail ; moyens thérapeutiques externes (révulsion, bains froids, électricité, etc.), avec une description de chacun d'eux pour en permettre l'utilisation : cures thermales, régimes alimentaires pour les nourrissons et pour les malades.

Enfin, cette petite encyclopédie thérapeutique donne, en terminant, un formulaire des médicaments nouveaux et un tableau résumant les innovations du Codex de 1908, d'après lequel sont établies toutes les formules indiquées dans l'ouvrage.

**Formulaire des Médicaments nouveaux pour 1910**, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. (B. Baillière.)

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune : il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1909 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux ; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1909 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : acétylsalicylate de quinine, allosan, apéritol, arsacétine, arsénophénylglycine, asiphyl, bromvalidol, collotropine, cystopurine, désalgine, éther dimenthyl-diméthylène, diplosal, dipropésine, églatol, eigones, éther dermasan, enbornyl, eulatine, entannin, gaiodol, glidine gynoval, helkomem, hémabovis, hordénine, hydropyrine, ichthynate, iodival, iodoglydine, iodoménine, iothionol, marrons d'Inde, néoforme névraltéine, ostauxine, oxychlorine, parabismuth, pittylène, propésine, rachisan, radium, résorcinoforme, sabromine, salimenthol, soamine, soufre colloïdal, théolactine, théforine, thiopinol, thyrésol, valisane.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500) l'auteur a exposé tout ce que l'on doit savoir : la synonymie, la description, la composition, l'acte physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

**Traitement de l'urétrite chronique** (*Consultations médicales françaises*, fascicule XIII), par le Dr Emile Jeanbrau, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, chef du service des maladies des voies urinaires à l'Hôpital général. In-16 de 24 pages. (A. Poinat).

**Cure radicale de la hernie inguinale**, par le Dr J. Lucas-Championnière. (G. Steinheil).

Ces leçons du maître éminent sur la cure radicale des hernies présentent, sous une forme très concise, toutes les indications cliniques urgentes pour mener à bien l'opération de la cure radicale. Elles devront servir de guide à tous ceux qu'intéresse l'opération.

C'est à la cure radicale de la *hernie inguinale* que ce livre surtout est consacré. Il montre par une étude très précise pourquoi de nombreuses opérations donnent tant de récidives.

Il expose de la façon la plus claire la méthode de M. Lucas-Championnière. Cette méthode, trop souvent imparfaitement suivie, a donné malgré cela des résultats solides. Mais, bien exécutée, elle peut donner une sécurité complète, comme le montrent les plus anciennes statistiques de l'auteur.

M. Lucas-Championnière, qni a été l'initiateur de la cure radicale en France, a exposé sa méthode dans de nombreux livres et mémoires. Il la présente ici le plus nettement possible en aidant la description d'une série de figures schématiques qui éclairent d'un jour parfait les détails les plus difficiles de sa techn que

M. Lucas-Championnière estime qu'avec les opérations insuffisantes, trop rapides, empruntant tout ou partie de la technique de Bassini, les récidives sont presque fatales.

En donnant au contraire des soins minutieux à l'opération, en suivant une technique très précise, utilisant des éléments très résistants et dont il a depuis de longues années étudié tous les détails nécessaires, la solidité des résultats est tellement assurée qu'il est facile de déterminer les cas très exceptionnels dans lesquels un hernieux opéré peut être sujet à une récidive, que certains soins contribuent encore à prévenir.

Tous ces soins anté et post-opératoires relatifs à la sécurité et à la solidité de l'opération sont minutieusement exposés.

C'est un livre de clinique pure, sans développements théoriques inutiles, où les moindres détails de la pratique sont minutieusement développés.

**Vieillesse et Longévité**, par le Dr Rozsea. (Maloine.)

On se laisse vieillir comme on mange, comme on respire, sans chercher pourquoi ni comment, et on arrive avec regret au bout d'une existence que, par quelques soins, on aurait pu prolonger. L'auteur de *Vieillesse et Longévité* s'est donné pour tâche de mettre un peu de lumière dans ces matières obscures et de démontrer que les précautions contre la vieillesse n'étaient pas inutiles.

Après un avant-propos qui pose bien la question en rappelant l'histoire des élixirs de longue vie, il montre la place et la signification de la vieillesse et de la mort dans les phénomènes de la vie, puis dans une seconde partie, il donne un aperçu des modifications apportées dans l'organisme par les années. Mais le chapitre pratique et le plus étendu est celui dans lequel il indique les moyens hygiéniques d'obtenir cette prolongation de la vie si souhaitée.

Partant de ce vieil adage que l'homme ne meurt pas, mais qu'il se tue, il prétend qu'il est possible d'éviter ce suicide et de laisser la mort naturelle survenir sans la précipiter. Il met le lecteur en garde contre les mauvaises habitudes contractées dès l'enfance, principalement dans l'hygiène alimentaire. Il attire l'attention sur une multitude de petits inconvénients avec lesquels on s'accoutume à vivre lorsqu'il serait encore facile de les combattre, comme les rhumatismes, l'albuminurie, l'hypertension, qui sont les avertissements trop souvent méconnus de la sénilité prématurée. Enfin, au vieillard, il signale les modifications à apporter dans sa manière de vivre, afin de ne pas précipiter le dénouement.

**Guide pratique de Puériculture**, par le Dr Delearde. (Alcan.)

Ce petit livre renferme deux parties, dont la première expose les notions de puériculture, et la seconde un plan de campagne contre la mortalité infantile.

L'ouvrage comprend : un chapitre de thérapeutique de l'affection la plus fréquente dans le jeune âge, la gastro-entérite aiguë, qui permet de faire reconnaître les ressources qu'offrent aux médecins les différents laits modifiés ou diastasés, dont l'emploi tend à se répandre de plus en plus, et qui sont encore trop ignorés.

La protection de l'enfant avant et après sa naissance forme l'objet de la seconde partie.

Enfin, les sages-femmes qui sont souvent appelées à donner des conseils pour l'élevage des enfants, pourront y puiser des indications utiles qui leur permettront d'éviter de grosses fautes.

**La Géologie. Origine et Histoire de la Terre**, par H. Guède. (Schleicher.)

Sous le titre de *Bibliothèque des Sciences contemporaines*, la librairie Schleicher commence la publication d'une collection encyclopédique sur l'importance de laquelle nous ne saurions trop attirer l'attention. Cette encyclopédie, qui doit comprendre 25 volumes, se recommande en effet à nos lecteurs par le Comité qui la dirige, composé de cinq professeurs à l'Ecole d'Anthropologie de Paris qui occupent dans le monde scientifique une place considérable ; par le nom des auteurs savants réputés, dont les ouvrages sont l'objet de leurs études constantes et qui s'appellent Charles Letourneau, de Mortillet, Yves Guyot, de Lanessan, André Lefèvre, etc. ; enfin par la modicité du prix de ces gros volumes.

L'ouvrage qui vient de paraître, *La Géologie. Origine et Histoire de la Terre*, est dû à la plume d'un éminent professeur, M. H. Guède. Il a volontairement laissé de côté toute espèce de reconstitution pittoresque pour s'attacher exclusivement à faire œuvre scientifique. Soit qu'il expose la vie sur la terre, l'action de l'atmosphère, de la mer ou des eaux douces, de la glace ou des organismes ; soit qu'il relate les causes de l'énergie volcanique, celles de la dislocation de l'écorce terrestre et des tremblements de terre ; soit qu'il fasse assister à la formation graduelle de l'écorce terrestre à travers les époques primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, on découvre dans ce très bel ouvrage le souci constant de l'auteur de fournir une base claire et solide à toutes les conceptions relatives à l'origine de la terre, d'exposer toutes les découvertes, de résumer toutes les théories, de donner en un mot le manuel clair, précis et complet qui réponde au plan fort intéressant que nous avons rappelé.

**Guy's Hospital report**, vol. LXIII. (Churchill, éd., Londres.)

**La Cyclothymie**, par le Dr Hartenberg (Tir. à part.)

**Traitement du Rhumatisme tuberculeux et de la Prétuberculose articulaire**, par le Dr Dupuy de Frenelle. (Tir. à part.)

**L'Ancienne et la Nouvelle Foi**, par David-Frédéric Strauss. Traduit de l'allemand sur la huitième édition, par Ernest Lesigne (Schleicher).

L'auteur David-Frédéric Strauss est un des plus grands savants et philosophes dont s'honore l'Allemagne ; il publia autrefois une *Vie de Jésus* qui fit un bruit énorme. Si sa dernière œuvre, *l'Ancienne et la Nouvelle Foi*, ne provoque pas de polémiques aussi violentes du moins demeurera-t-elle comme un des plus magnifiques monuments littéraires de la libre-pensée moderne.

**Cours de Philosophie positive**, par Auguste Comte. Tome VI : Complément de la philosophie sociale et conclusions générales (Schleicher).

Le tome VI et dernier que nous venons de recevoir est un très gros ouvrage de près de 60? pages. C'est ce dernier volume qui contient les considérations si élevées sur le développement général de l'humanité à tous points de vue : économique, intellectuel et social. Le créateur de la sociologie avait du premier coup atteint, par son génie personnel et l'étonnante étendue de ses connaissances, l'apogée de la science.

# CARNET DU PRATICIEN

### Tuberculose du foie

1. Régime lacté d'abord, puis lacto-végétarien.
2. Antisepsie gastro-intestinale.

*a*. Chaque matin pendant 7 jours prendre 1 pilule de :

Calomel à la vapeur.. 0 gr. 05 p. 1 pilule

on :

*b*. Prendre dans la journée, toutes les heures, une pilule de :

Calomel......... 0 gr. 02 p. 1 pilule n° 8

on :

*c*. Prendre deux fois par jour un des cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Carbonate calcique.......... | 0 gr. 50 |
| Phosphate monocalcique........ | 0 gr. 50 |
| Magnésie hydratée .......... | 0 gr. 25 |

Se méfier du benzonaphtol et autres antiseptiques dans le cas où la cellule hépatique fonctionne mal.

3. Soutenir l'état général. Toniques, stimulants, surtout par voie hypodermique. Faire chaque jour une injection sous-cutanée de :

Cacodylate de soude. 0 gr. 05 pour 1 ampoule stérilisée n° 12

4. Ponctionner l'ascite au besoin.
5. Lutter contre les autres manifestations de la tuberculose : pulmonaire, intestinale, péritonéale.

Avierinos.

### Angoisse précordiale de la ménopause

Prendre 30 gouttes, matin et soir, dans une tasse d'infusion de fleurs d'oranger, de la préparation :

| | |
|---|---|
| Elixir parégorique ........ | 20 grammes |
| Extrait fluide de cactus grandiflora ............... | 1 — |
| Extr. de viburnum prunifolium ............... | 1 — |
| Extrait de piscidia erythrina. | 5 — |

J. Ferreira.

### Alopécie syphilitique

Chez les hommes tenir les cheveux courts.

Faire, deux fois par semaine, le soir, une friction sur le cuir chevelu avec un peu de la pommade :

| | |
|---|---|
| Huile de cade pure... | 3 grammes |
| Soufre précité........ | 1 — |
| Résorcine........... | 0 gr. 15 à 0 gr. 30 |
| Acide salicylique.... | 0 gr. 15 à 0 gr. 30 |
| Axonge benzoïnée.... | 30 grammes |

E. Besnier.

### Bourdonnements d'oreille

*Traitement adjuvant.* — Veiller à la régulation quotidienne des selles. Hygiène sérieuse de la peau et excitations cutanées par des frictions sèches ou alcoolisées.

*Régime alimentaire.* — Pendant le traitement bromuré, s'abstenir d'aliments trop gras ou acides. Manger lentement, bien mastiquer et insaliver les aliments avant de les avaler.

Restreindre l'usage du café, du thé, du tabac, et renoncer complètement à l'alcool.

Courtois-Suffit et Tremolières.

### Alimentation des opérés

Lorsque le lait est mal toléré, le remplacer par un bouillon de légumes ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Eau............... | 4 litres |
| Carottes.......... | 200 grammes |
| Poireau........... | N° 1 |
| Pois secs décortiqués ........... | Une cuillerée à soupe |
| Haricots secs décortiqués.......... | Une cuillerée à soupe |

Faire bouillir à petit feu pendant quatre heures. Un litre de bouillon représente un litre de lait.

Walter.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant pas d'eau en bouteille.*

En « *italique* ». — *Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant pas localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

En CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — THORENC (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Bagnères-de-Bigorre.**

Une somme de 15.000 francs vient d'être accordée sur les fonds du pari mutuel pour la construction d'un nouvel hôpital à Bagnères-de-Bigorre.

**A l'Académie.**

Demandes d'autorisation pour les sources des *Récollets*, à Longwy-Bas et *Lanternier*, à Nancy.

# ÉCHOS

**Cours d'instruction du personnel de réserve du Service de santé.**

Une instruction, en date du 27 décembre 1909, vient de prescrire que chaque année, un cours d'instruction sur le service de santé en campagne sera fait aux médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale, affectés en cas de mobilisation aux formations sanitaires de campagne.

Ce cours comprendra :

1° Des conférences pratiques; 2° des exercices d'application. Il aura lieu dans les six centres suivants : Paris, Rennes, Limoges, Montauban, Lyon, camp de Châlons, en deux séries.

*Première série*, pour les officiers du service de santé de réserve (médecins et officiers d'administration) affectés à la mobilisation, aux ambulances et aux hôpitaux de campagne. Ces officiers sont convoqués pour une période d'instruction de vingt jours dont le début est fixé, d'une façon uniforme, au premier lundi de juin.

*Deuxième série*, pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration), et les pharmaciens de la réserve affectés à la mobilisation aux hôpitaux de campagne, aux hôpitaux d'évacuation, aux trains sanitaires et à la réserve du personnel (1).

Ces officiers sont convoqués pour une période d'instruction de dix jours commençant le deuxième jendi de juin.

Ce cours sera dirigé par un médecin principal de première classe, directeur technique, Les mesures nécessitées pour la préparation et l'organisation de cours sont laissées à l'initiative du directeur du service de santé du corps d'armée, siège du cours d'instruction.

Dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de séserve et de l'armée territoriale sont informés annuellement, par la voie de la presse régionale, de la date d'ouverture du cours d'instruction, pour les officiers du service de santé affectés à des formations sanitaires de campagnes.

Ceux de ces officiers qui désirent suivre le cours, à titre bénévole, en font la demande, au moins un mois à l'avance, au directeur du service de santé de la région du corps d'armée à laquelle ils sont affectés. Toutefois, ils ne peuvent être autorisés à suivre que le cours d'instruction le plus rapproché de leur résidence.

Le directeur du service de santé donne avis des autorisations qu'il a accordées au directeur du service de santé de la région du corps d'armée ou gouvernement militaire, siège du cours.

**Syndicat médical de Philippeville.**

Dans une séance de janvier et dans sa séance du 18 février, le Syndicat médical de Philippeville a voté les deux ordres du jour ci-après :

I

Le Syndicat médical de Philippeville, après avoir pris connaissance de la protestation formulée par le Syndicat des médecins d'Alger et l'Association des médecins du département d'Alger, concernant la soi-disant réorganisation de l'Institut Pasteur d'Alger, déclare se solidariser entièrement avec ces deux groupements médicaux.

Il est inadmissible que des médecins qui, pendant quinze ans, ont donné une grande partie de leur temps et de leur labeur à une œuvre comme l'Institut Pasteur d'Alger, se voient brutalement atteints dans leur situation.

Cette façon de procéder est en opposition flagrante avec l'opinion de M. Clemenceau, Président du Conseil des ministres et M. Mirman, directeur de l'Assistance publique, qui ont établi que nul médecin d'hôpital ne saurait être privé de sa fonction sans être entendu.

Le Syndicat de Philippeville envoie aux confrères de l'Institut Pasteur, l'assurance de sa plus entière sympathie.

II

Le Syndicat médical de Philippeville, convaincu qu'il est de la plus grande utilité pour l'avenir de la profession, d'organiser des relations confraternelles entre tous les médecins du département;

Considérant que de nombreuses questions d'ordre professionnel ont besoin d'être étudiées en commun; que le Corps médical ne peut, sans déchoir, échapper au mouvement de solidarité qui s'étend de jour en jour sur chaque catégorie de citoyens.

Prie instamment le Bureau de la Société locale et celui du Syndicat de Constantine, de réaliser le plus tôt possible le projet de réunion amicale de tous les médecins du département.

Le Syndicat de Philippeville se rappelle avec émotion le témoignage de sympathie que lui donna, l'an dernier, le Syndicat de Constantine, à l'occasion de dures épreuves professionnelles.

Au cours de la réunion tenue à Philippeville, il fut décidé qu'une réunion de tous les médecins du département serait organisée au printemps à Timgad. Le moment est venu de fixer la date du rendez-vous, de prévenir les confrères et de préparer l'organisation matérielle. Il serait de la plus grande utilité d'inviter les Sociétés locales d'Alger et d'Oran qui, probablement, enverraient au moins un délégué, de sorte que, dès cette première réunion, pourraient être jetées les bases d'une Fédération des syndicats algériens et, en tous cas, étudiés les moyens d'établir des relations professionnelles entre tous les médecins de la Colonie.

Le Congrès des Praticiens devant avoir lieu à Paris, le 7 avril, la date du dimanche de Pâques paraît être la plus favorable, et, dans le cas où le temps manquerait, on pourrait choisir la Pentecôte.

*Le Secrétaire du Syndicat,*
Dr Sigot.

**Concours de l'Internat de Saint-Lazare.**

Le 11 avril, s'ouvrira un concours pour six places d'interne titulaire et six places d'interne provisoire à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

Le registre des inscriptions est ouvert à la Préfecture de police (service du personnel). Il sera clos le 19 mars.

Nous prévenons nos camarades que les avantages de cet emploi sont les suivants :

Le logement. — Un traitement fixe et des indemnités de nourriture, chauffage et éclairage. De plus, environ 200 francs par an de vacations pour le service du dispensaire Toussaint-Barthélemy (2 heures par semaine), soit au total un traitement annuel de 1.200 francs.

Pour les conditions à remplir par les candidats et la nature des épreuves, consulter les affiches placées dans les Hôpitaux, à la Préfecture de Police et à Saint-Lazare.

Les internes en fonction sont à la disposition de leurs camarades pour leur donner tous renseignements complémentaires de vive voix.

**Société de Médecine et d'Hygiène tropicales.**

Le bureau est ainsi composé pour 1910 :

Président, M. Le Dentu; vice-présidents, MM. Granjux et Chantemesse; secrétaire général, M. Wurtz; secrétaires, MM. Tanon et Nattan-Larier; trésorier, M. Dyé; trésorier adjoint, M. Rodriguez; archiviste, M. Tissier.

Sont élus membres du Conseil pour 1910 : MM. Gaucher, Jeanselme et Villejean.

**Statistique des accidents du travail.**

Le ministère du Travail vient de produire une statistique des accidents du travail ayant occasionné plus de quatre jours d'incapacité de travail. Ils ont été de 359.000 en 1907 (au lieu de 306.800 en 1906), soit environ 1.000 par jour.

La proportion des accidents, pour 1.000, est la suivante :

| | |
|---|---|
| Métallurgie .......... | 298 0/00 |
| Travaux de métaux.... | 152 0/00 |
| Industries chimiques.... | 150 0/00 |
| Terrassements et Constructions .......... | 87 0/00 |
| Caoutchouc, Papier..... | 78 0/00 |

Les accidents mortels ont été de 1.760, soit 5 0/0 environ.

**Montres médicales**

Un spécialiste notoire, M. Auricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue la Boëtie, Paris fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

(1) Cette répartition sera modifiée lorsque le projet de nouveau règlement sur le service de santé en campagne aura été adopté et entrera en vigueur.

# POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

**Très pressé.** — Docteur reprendrait immédiatement clientèle à Paris ou banlieue immédiate. Recettes 30 à 40.000. Dispose de capitaux suffisants. (2195)

**Docteur** cherche à acheter part d'associé ou part entière de clinique, tuberculose ou peau. (2194)

**Docteur** libre tout l'hiver cherche occupation à Paris: journal, maison de santé, clinique, même peu rémunérée. Références. (2193)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désire trouver place d'assistant dans clinique, maison de santé, gardes remplacements, etc. (2192)

**Ancien Interne** des Hôpitaux désire reprendre clientèle agréable à Paris. (2191)

**Docteur de Lyon** cherche bon poste dans chef-lieu de canton ou petite ville région lyonnaise. (2190)

**Docteur** disposant de capitaux reprendrait ou s'associerait dans affaire para-médicale sérieuse et bien assise. (2189)

**Jeune Docteur** reprendrait à Paris, quartier excentrique, clientèle de 20.000 minimum. Paierait indemnité comptant. (2188)

**Docteur** ayant exercé plusieurs années est désireux de reprendre dans la banlieue parisienne un poste de 25 à 30.000. (2187)

**Docteur** ayant poste de campagne cherche clientèle dans ville où il y ait lycée ou collège. (2186)

**Docteur** pressé de s'installer reprendrait immédiatement contre indemnité raisonnable bon poste dans un rayon de 200 kilom. de Paris. (2185

**Docteur** âgé reprendrait clinique ou cabinet de consultations. (2184)

**Docteur sérieux** ayant références et pratique de la clientèle ferait remplacements toute l'année. (2183)

**Jeune Docteur** serait très heureux de trouver situation dans clinique, maison de santé ou assistant d'un docteur surchargé. Références. (2182)

**CHER.** — Chef-lieu de canton. Pour raisons de santé, on céderait excellent poste. Recettes en progression 16.000. Indemnité raisonnable. (242)

**CENTRE.** — Dans sanatorium. Jeune Docteur disposant de capitaux trouverait situation d'associé en vue de cession ultérieure. (241)

**ORNE.** — A céder poste seul médecin faisant la pharmacie. Recettes 9.000. Faible indemnité. (240)

**OUEST.** — Grande ville. Docteur désire céder clientèle agréable de plus de 30 ans. Recettes 18.000. Grand appartement. Peu de Frais. (239)

**PARIS XVIe.** — Docteur âgé céderait pour reprise du bail, clientèle agréable. Conviendrait à jeune Docteur célibataire. (237)

**BANLIEUE.** — Maison de santé serait cédée à des conditions exceptionnelles par Docteur ne pouvant plus s'en occuper. (235)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 15.000. Indemnité 9.000. (231)

**PARIS.** — Docteur céderait Établissements d'agents physiques. Préférerait prendre associé. Affaire sérieuse, bien assise, nécessitant peu de travail. (229)

**Cabinet Dentaire.** — Dans grande ville du S.-O. à céder bon cabinet dentaire. Recettes minimum 20.000, loyer 1.400, clientèle riche. Facilités.

81e Année (Série XIIIe) — N° 57 Le Numéro : 25 Centimes 1er Avril 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Ventes au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale........ 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nos amis.**

Nous apprenons, avec grand plaisir, l'élection de notre ami, M. le professeur Monprofit, directeur scientifique de ce journal, comme membre correspondant de l'Académie de Médecine. Nos bien sincères félicitations.

**Réglementation du travail des femmes.**

On vient de mettre en application dans l'empire allemand de nouvelles mesures législatives réglementant le travail des femmes et des jeunes filles. Voici l'essentiel de cette réforme :

En premier lieu, après la fin du temps quotidien de travail, il leur sera réservé un temps de repos de onze heures. La durée elle-même du travail pour les ouvrières est fixée à dix heures, sauf aux veilles de dimanches et de fêtes, où elle ne sera que de huit heures, tandis que pour les enfants au-dessous de 14 ans, elle demeure de six heures, et pour les jeunes gens entre 14 et 16 ans de dix heures.

Le repos de la nuit est allongé, de telle sorte que le travail du jour doit finir au plus tard à 8 heures au lieu de 8 h. 1/2, et ne commence le matin jamais avant 6 heures, au lieu de 5 h. 1/2. La veille des dimanches et fêtes, toutes les ouvrières seront congédiées dès 5 heures, et non point seulement celles qui ont un ménage à tenir, mais les plus jeunes, au-dessous de 16 ans, peuvent, sur leur demande, se retirer ces jours-là une demi-heure avant le repos de midi, si ce repos n'est pas au moins d'une heure et demie. Les heures de repos dans l'intervalle des heures de travail demeurent telles qu'auparavant, ainsi la demi-heure du goûter. Le congé temporaire donné aux ouvrières devenant mères était jusqu'à maintenant de six semaines; il est étendu à huit semaines, et cette prescription est une des plus humaines et des plus légitimes. La question du travail donné à faire à la maison a subi quelques remaniements : il est désormais défendu d'en donner pour les jours fériés et les dimanches, et les jours ouvrables, il ne peut en être donné plus que pour le temps où les ouvrières travailleraient à l'atelier ou à la fabrique.

**VIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie (Toulouse, 22-27 septembre 1910.)**

La VIe session du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les Présidents de section seront :
Pour la Pœdiatrie, M. le professeur Kirmisson;
Pour la Gynécologie, M. le professeur Hartmann;
Pour l'Obstétrique, M. le professeur Rouvier.

Voici les questions qui seront l'objet d'un rapport, avec le nom des rapporteurs :

Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant : M. Aviragnet.
Eczéma des nourrissons : M. Rocaz.
Ostéomyélite vertébrale : M. Grisel.
Sténose pylorique des nourrissons : MM. Frédet et Guillemot.
Mégacolon : M. Patel.
Tumeurs solides de l'ovaire : M. Mériel.
Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement : MM. Audebert et Gilles.
Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse : M. Fieux.

Des réductions importantes seront consenties, en faveur des congressistes et de leur famille, par toutes les compagnies de chemins de fer français, par les hôtels et restaurants de Toulouse.

D'intéressantes excursions seront organisées, qui permettront de visiter, à prix très réduits, la cité de Carcassonne et les sites les plus pittoresques des Pyrénées (Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz-Saint-Sauveur, cirque de Garvarnie, etc.). Le programme détaillé des fêtes et excursions sera communiqué à la presse et individuellement à chaque souscripteur dans le courant du mois d'avril.

La cotisation est fixée à 20 francs pour les membres titulaires, à 10 francs pour les membres adhérents (femmes ou enfants des titulaires et étudiants en médecine). On peut dès aujourd'hui en envoyer le montant à M. le docteur Gilles, trésorier du Congrès, 12, rue des Couteliers, Toulouse.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le professeur Audebert, secrétaire général du Congrès, 1, place Matabiau, à Toulouse.

**La nouvelle médaille de l'Académie.**

Le graveur Patey a terminé une médaille nouvelle que l'Académie de médecine décernera désormais à ses lauréats, récompensés par les sections des épidémies, des eaux minérales, des remèdes secrets, de la vaccine, de l'hygiène de l'enfance et de la tuberculose.

Sur l'une des faces, on voit la divinité grecque Hygie, qui était d'abord un des êtres allégoriques du cortège d'Esculape, mais que la légende transforma bientôt en une fille de dieu, recevoir de l'Académie de médecine la « coupe de vie » qu'elle présente à une malade; sur l'autre, le palais de l'Académie de médecine et en marge, une gerbe de palmes de chêne et de laurier nouée d'une banderole au nom du titulaire.

**Pour les épileptiques.**

Voici la liste des établissements ouverts aux épileptiques :

| | |
|---|---|
| *Allier.* — Asile du Haut-Barrieu (quartier annexe) | 90 lits |
| *Bouches-du-Rhône.* — Asile Saint-Pierre (quartier annexe) | 30 — |
| *Cantal.* — Asile de Ladevèze (privé) | 120 — |
| *Cher.* — Hospice de Saint-Fulgent (quartier annexe) | 20 — |
| *Dordogne.* — Asile John Bost (privé) | 150 — |
| *Drôme.* — Asile de la Teppe (privé) | 50 — |
| *Haute-Garonne.* — Hospice de la Grave (quartier annexe) | 80 — |
| *Haute-Vienne.* — Asile de Naugeat (quartier annexe) | 28 — |
| *Loir-et-Cher.* — Hospice Dessaigne (quartier annexe) | 40 — |
| *Rhône.* — Hospice du Perron (q. annexe) | 210 — |
| *Seine.* — Hospice de la Salpêtrière (quartier annexe) | 190 — |
| *Seine.* — Hospice de Bicêtre (q. annexe) | 162 — |
| Total | 1.172 lits |

**IIIe Congrès international laryngo-rhinologique (Berlin, 1911).**

Suivant des renseignements reçus du président du Comité international du IIIe Congrès international laryngo-rhinologique, ce Congrès doit avoir lieu à Berlin, en 1911. La Société laryngologique de Berlin, dans son assemblée générale du 14 janvier de l'année courante, a exprimé sa vive satisfaction de ce que Berlin aura l'honneur de recevoir le Congrès. Toute la présidence de la Société laryngologique s'est constituée en Comité exécutif du Congrès et se complètera par coaptation de laryngologues allemands de renom. Le Congrès aura lieu à la fin d'août ou au commencement de septembre. Adresser les demandes relatives au Congrès au secrétaire du Comité exécutif, M. le professeur Rosenberg, Berlin N. W. 6. Schiffbauerdamm, nº 26, ou à M. Finder, Berlin W. 62, Nettelbeckstrasse, 17, secrétaire du Comité international, qui s'est réservé de déterminer les rapports et les rapporteurs.



CACHET DE GARANTIE
Plomb de Garantie
breveté S.G.D.G.

# Le retour d'âge de l'Homme

Par M. le Docteur MAURICE DE FLEURY
Membre de l'Académie de Médecine

Il arrive assez fréquemment qu'un homme de quarante et quelques années, jusqu'alors bien portant, alerte, ne redoutant ni le travail, ni la bonne chère, ni le bon vin, ni le plaisir, sente soudainement se produire en lui-même — sans cause appréciable, ou bien pour un motif d'apparence futile — un changement profond. C'est comme un vieillissement de tout l'être, singulièrement prématuré, et si rapide que, bien souvent, quelques semaines, quelques jours suffisent à le parfaire. Heureusement, ce trouble est transitoire et ne laisse habituellement après lui que peu de traces de son passage.

Cette crise, qui donne à l'observateur l'impression d'une crise d'âge, débute le plus souvent par des troubles digestifs : dyspepsie atonique, spasmes pyloriques, constipation tenace, gonflement de la région épigastrique et congestion du visage après les repas, dyspnée d'effort, essoufflement pour quelques marches qu'il faut monter, pour quelques pas qu'il faut courir. Un grand sentiment de lassitude, jusqu'alors inconnu, écrase le malade, dont les muscles raidis, comme meurtris, ont peine à se mouvoir. Il semble que se soit rompu l'équilibre normal entre la force du sujet et le poids de son corps, tant il a peine à se porter lui-même, à se traîner. La nuit, il a des insomnies, et des somnolences le jour. Il souffre d'un endolorissement tenace, obsédant de la nuque, de maux de tête, avec constriction des tempes, aggravée d'une sensation bizarre de vide cérébral. Tel autre a des crampes nocturnes, le phénomène du doigt mort. Sa sclérotique se nuance de jaune ; de rose qu'il était naguère, son teint devient violacé et son embonpoint florissant revêt des airs de bouffissure. Il éprouve, de temps à autre, à la région précordiale, des angoisses qui font penser à l'angine de poitrine, surtout s'il est fumeur. Il a gardé, d'une grippe récente, des sibilances persistantes, et qui, sur l'oreiller, jouent presque l'accès d'asthme. Et le patient se découvre un paquet hémorroïdaire, tandis que, aux membres inférieurs, serpentent, sous la peau, des veines apparentes. Il a des battements de cœur, des bouffées de chaleur au visage, et des bottes de glace. Son ordinaire vaillance sexuelle tourne, à présent, à la frigidité ; le geste de l'amour a perdu de son agrément ; il est suivi le lendemain de courbature lombaire, de tristesse et presque de remords physique, d'ailleurs, les enveloppes de la glande orcbitique pendent en ptose lamentable, et la crainte de l'impuissance vient encore aggraver cette atonie locale. Les urines rares, boueuses, déposent au fond du vase.

Un peu plus tard, le malade s'étonne de n'avoir plus, pour le travail son entrain de naguère. Pour les tâches les plus faciles et qui, jadis, s'accomplissaient avec une parfaite aisance, voilà qu'il lui faut dépenser un grand effort de volonté : une lettre à un fournisseur, un mot de politesse deviennent des tâches ardues. La mémoire n'a plus sa promptitude ni sa fidélité ; les noms propres, les chiffres ne viennent plus à l'appel de l'esprit; et, d'abondant, le verbe est devenu parcimonieux et craintif. D'ailleurs, la voix, qui sonnait claire, est sourde, maintenant, peureuse et chevrotante.

S'agit-il de prendre, sans délais, une décision importante ou futile ? Sa volonté, autrefois si prompte et si nette, tâtonne, estimant que les arguments pour et contre se valent, et trouvant, pour ne pas opter, cent prétextes. Hier encore, hardi d'allures, avenant et franc du regard, notre homme est devenu timide ; il n'ose plus lever les yeux sur l'interlocuteur, et, dans la rue, il se détourne pour n'avoir point à affronter le salut d'un ami. D'ailleurs, ses traits se tirent, sa figure s'altère, et il redoute qu'on ne lui dise qu'il a mauvaise mine.

Devant la moindre difficulté de la vie, il tremble, envisageant invariablement le pire : ses entreprises tourneront mal; sa santé est à tout jamais compromise ; et il voit les siens sur la paille. Il devient superstitieux. Devant ses proches, sa nervosité, qu'il ne gêne point, avec complaisance s'épanche. Il est, en vérité, très malheureux, et il éprouve l'ardent besoin d'être pris en pitié. Or, comme il mange encore, et d'appétit assez glouton, on se rit de ses doléances, ce qui l'afflige ou l'exaspère ; aussi, pour être plus touchant, il en vient inconsciemment à exagérer ses misères, à monter ses plaintes d'un ton. Et, ce faisant, c'est lui surtout, qu'il persuade, car les paroles qui sortent de sa bouche rentrent en lui par ses oreilles et vont fortifier dans son esprit la conscience qu'il a déjà d'être très gravement atteint. Il pense à lui-même sans cessé. Il est triste d'une tristesse qui va aux larmes et parfois aux sanglots, à de pauvres sanglots d'enfants ; triste et peureux, peureux de mille maladies.

Il est important de noter que cet état mental, fait essentiellement de tristesse et de crainte, n'est point primitif, mais chronologiquement secondaire aux signes somatiques que je décrivais tout à l'heure. C'est deux ou trois semaines seulement après confirmation de ses troubles digestifs, musculaires, respiratoires, génitaux, que le moral se prend. La dépression psychique ne se manifeste que quand les organes du corps se sont plaints au cerveau, pendant un certain temps, de leurs souffrances, de leur fatigue, de leur fonctionnement mineur, si l'on peut dire.

D'ailleurs, ce pénible état de langueur vitale varie d'un jour à l'autre, et, dans le même jour, selon l'heure qu'il est, selon la plénitude ou la vacuité de l'estomac, selon d'autres conditions encore, et plus physiques que morales. Sans doute, une bonne nouvelle, un événement agréable, ont sur notre malade, une influence bienfaisante ; mais moins, assurément, qu'un rayon de soleil ou qu'une heureuse digestion. Le matin, notre patient est presque toujours abattu, sans courage, enclin à l'angoisse ou aux larmes ; et le soir, aux lumières, voilà qu'il reprend vie, parle plus aisément,sourit plus volontiers. Il avoue ce bien-être et ne demande qu'à n'avoir point le sujet de se lamenter.

Il a consulté beaucoup de médecins. Les uns lui ont dit : « Vous n'avez pas de lésions organiques ; c'est purement nerveux : n'y pensez pas. » D'autres ont opiné : « C'est la crise du retour d'âge ; beaucoup d'hommes y passent : ça s'en ira comme c'est venu. » Et lui cherche une médication qui passe en efficacité ces consolations médiocres.

Mais, dira-t-on, celui que vous nous montrez-là, c'est le bon neurasthénique vulgaire, c'est le malade imaginaire, identique à lui-même, qu'il ait vingt-cinq ou cinquante ans. Quelques jours de repos, un peu de suralimentation, des douches, la rééducation psychique vont le guérir en quelques semaines, et vraiment, il n'était pas besoin de le décrire comme un type morbide singulier, et de venir parler de retour d'âge.

Eh bien non, ce n'est pas un neurasthénique vulgaire ; je vous dirai tout à l'heure pourquoi. Ce n'est pas, non plus un hystérique ; vous chercheriez en vain les stigmates physiques ou mentaux, y compris la suggestibilité. Ce n'est point un psychasthénique, car les troubles nerveux sont pour lui chose neuve ; car son hérédité n'est pas chargée, et son passé, minutieusement fouillé, ne révèle rien des symptômes caractéristiques de la psychose baptisée par M. Pierre Janet.

Depuis que je vois des nerveux, j'ai recueilli, en quatorze ou quinze ans, 201 observations du type que je viens de dire, et mes malades ont été, non pas vus une fois, mais suivis avec soin, pendant plusieurs semaines, tout le temps de leur cure. Chez tous, les accidents étaient venus d'une manière inattendue, après quarante années d'une vie on peut dire exempte d'accidents névropathiques. A vrai dire, ces sujets-là sont tout à l'opposé de ceux que nous décrit le professeur Dubois (de Berne), lesquels sont nés peureux, et qui, constamment, ont vécu sur les confins de la nosophobie. Les miens, je vous l'ai déjà dit, étaient actifs et confiants, ardents au travail et au plaisir, intimement convaincus de leur invulnérabilité. Et comme ils se moquaient des malades imaginaires quand ils en rencontraient sur leur chemin ! Chez eux, d'ailleurs, nous l'avons vu, la dépression physique précède manifestement la formation de l'état mental névropathique.

Autre signe différentiel, ces neurasthéniques de la quarantaine sont nettement rebelles à la cure psychothérapique, au moins pendant les premières semaines; et tant que leur état mental n'a pas eu le temps de se constituer en habitude invétérée. Sur 201 malades, 72, avant de venir à moi, avaient passé par une maison de santé, française, quelquefois, plus souvent encore étrangère. On les avait traités par les douches, le repos au lit, la suralimentation et la rééducation morale. Or, malgré les incontestables avantages de l'isolement, de l'éloignement du milieu coutumier, de la rupture avec la vie d'affaires et de soucis, malgré le changement d'air, le parfait repos, et malgré l'éloquence persuasive du médecin traitant, presque tous étaient rentrés chez eux aussi malades et certains plus malades qu'ils n'étaient en partant.

C'est que l'on s'était presque uniquement attaché à soigner leur esprit et que l'on n'avait même pas pris la peine de faire une analyse sérieuse de leurs urines.

Or, ces nerveux, pour les comprendre, il faut les examiner avec soin. Ils ne sont pas exempts de signes objectifs. Certains neurologistes se contentent de hausser les épaules dès qu'on leur parle d'examiner le cœur, les vaisseaux, l'estomac, l'intestin, le foie,

les reins des névropathes. Une analyse mentale, analyse souvent orientée dans le sens d'une doctrine préconçue, leur suffit amplement. Je crois bien qu'ils se trompent, et qu'à force d'approfondir la psychologie du malade, ils s'empêchent de voir des signes somatiques qui, pour un médecin de médecine générale aurait son importance.

Examinons donc le neurasthénique de l'âge mûr.

Presque toujours, nous lui trouvons un estomac distendu et parfois dilaté, un intestin atone, un foie au lobe gauche tuméfié et un peu douloureux, une paroi abdominale relâchée, des ptoses variées (souvent un rein flottant), un cœur gras et fatigué, ou bien encore un orifice aortique qui commence à donner des signes de sclérose, des varices, des hémorrhoïdes, un varicocèle : une tension artérielle exagérée chez ceux qui sont en voie d'artério-sclérose, abaissée chez les autres ; une tension veineuse, et plus spécialement une tension portale manifestement élevées, souvent aussi de l'eczéma rebelle, de l'obésité, des articulations qui craquent, un peu d'emphysème pulmonaire.

Et si maintenant on pratique une analyse complète de l'urine des vingt-quatre heures, établie par rapport au poids et à la taille du sujet, on constate encore un certain nombre de symptômes, extrêmement fidèles, dont l'importance ne me paraît pas niable et qui fournissent, en vue d'un traitement rationnel, des indications précieuses.

Mes 201 malades ont leur analyse d'urines antérieure au traitement ; un grand nombre en ont plusieurs, indicatrices des modifications en mieux de la nutrition, parallèles à l'amélioration de leurs malaises.

Voici la statistique des analyses initiales :

Volume de l'urine en vingt-quatre heures : augmenté, 25 fois, — normal, 36 fois, — diminué, 140 fois (70 p. 100).

Densité : diminuée, 21 fois — normale, 16 fois, — accrue, 164 fois (82 p. 100).

Acidité : diminuée, 39 fois, — normale, 15 fois, accrue, 147 fois (74 p. 100).

Urée : diminuée, 82 fois, — normale, 29 fois, — augmentée, 90 fois (45 p. 100).

Acide urique (par rapport à l'urée) : diminué, 30 fois, — normal, 6 fois, — accru, 165 fois (82 p. 100).

Chlorures : diminués, 42 fois, — normaux, 16 fois, — augmentés, 143 fois (72 p. 100).

L'élimination des phosphates s'est montrée si variable qu'en vérité je n'en saurais rien dire.

J'ai rencontré seulement 13 fois sur 201 des doses pondérables d'albumine (de 0.10 à 0.50 centigrammes) ; 99 fois des traces non dosables.

| | |
|---|---|
| L'indican apparait........ | 111 fois (56 p. 100). |
| La bile.................... | 136 fois (68 p. 100). |
| L'urobiline............... | 36 fois (16 p. 100). |
| L'oxalate de chaux......... | 131 fois (66 p. 100). |
| Les cristaux d'acide urique ou les urates.......... | 42 fois (21 p. 100). |
| Les cellules du bassinet .... | 6 fois ( 3 p. 100). |
| Les cylindres muqueux .... | 11 fois (5.5 p. 100). |
| Les cylindres granuleux .. | 8 fois ( 4 p. 100). |

74 fois sur 100, le coefficient de Bouchard est au-dessous de la normale ;

Le coefficient de Robin, dit d'utilisation azotée, 58 fois sur 100.

C'est là le type, exaspéré, pourrait-on dire, de l'analyse des ralentis de la nutrition, caractérisée par la concentration de l'urine, l'hyperacidité, l'excès urique, l'indicanurie très marquée, la présence de bile, plus rarement d'urobiline, trahissant le surmenage du foie, une sécrétion rénale viciée, une hyperchlorurie parfois énorme, et de l'oxalurie. Tous mes malades n'avaient pas à la fois l'ensemble complet de ces signes, mais aucun d'eux ne fournissait d'urines normales. La nutrition de ces 201 névropathes était, avant le traitement, grossièrement troublée : l'intestin, le foie, le rein, la peau desséchée, le poumon, dont l'expansion inspiratoire était presque toujours diminuée, tous les organes d'élimination des déchets se révélaient au-dessous de leur tâche;et cela est d'autant plus significatif que plus de la moitié de mes malades se suralimentaient sans le savoir, et que presque tous ne prenaient pas d'exercice au grand air.

De ce ralentissement, habituellement acquis, de la nutrition, de ces auto-intoxications par surmenage digestif et élimination insuffisante, de cet encrassement général de l'économie, de cette rouille, si j'ose le dire, quel est le mécanisme intime ?... Encore que j'ai prononcé le mot de retour d'âge, il est bien évident que rien ne se passe ici de comparable à ce qui se passe chez la femme lorsque prend fin la menstruation. Un grand nombre de mes malades se plaignent de frigidité, et il est vrai qué leur appareil génital apparaît souvent assez humble. Mais ce n'est là rien de définitif, et presque tous retrouvent, tôt ou tard, un regain de virilité. Pourtant, il est une autre glande à sécrétion interne qui me paraît jouer un rôle dans la genèse de ce faux retour d'âge : je veux parler de la thyroïde. Son appauvrissement n'est pas, non plus, définitif, mais il me paraît évident et précoce dans la plupart des cas.

Demandons-nous, maintenant, s'il n'y a pas simple coïncidence entre cet état de nutrition ralentie, d'auto-intoxication, de vitalité mineure, et la survenue des symptômes névropathiques, énumérés plus haut ?

En vérité, est-il bien étonnant qu'un cerveau irrigué sans cesse par un sang charriant de la bile, et les substances provenant des putréfactions intestinales, ne soit pas en état de bien-être parfait ? Devons-nous trouver surprenant que l'esprit perde le sentiment de force, de sécurité, d'allégresse,d'euphorie, alors que, sans relâche, les centres nerveux enregistrent la notion de fatigue, de gêne, d'impotence fonctionnelle que lui envoient, par la voie sensitive, les organes splanchniques et tous les muscles de la vie de relation ? On ne peut guère concevoir qu'il en soit autrement. Et si, d'autre part, j'envisage les effets — presque toujours très nets — du traitement mis en vigueur, traitement qui se borne à modifier la nutrition retardante et à combattre la fatigue, sans jamais faire intervenir la psychothérapie, c'est bien d'une relation de cause à effet qu'il s'agit.

Chez les sujets de cette sorte, je m'abstiens systématiquement de toute rééducation morale, qui est peine perdue. Par contre, je les soumets à une cure très rigoureuse de nettoyage interne. Pour ceux qui ont les reins un peu touchés (albuminurie dosable, desquamation du rein ou du bassinet, oxalurie très marquée), le régime lacté : lait écrémé ou largement additionné d'eaux alcalines ; puis, le régime lacto-végétarien. Pour les autres, des légumes et des fruits, choisis et dosés de telle sorte qu'il n'y ait pas de dénutrition excessive; dès repas secs, très soigneusement mastiqués ; des boissons diurétiques abondantes, prises aux heures où l'estomac est vide ; les ferments lactiques en vue de combattre la constipation et l'indicanurie ; hypochloruration des aliments. Et, lorsque le malade a subi, pendant deux ou trois semaines. cette cure de nettoyage du milieu intérieur, retour progressif au régime normal, qui, désormais, devra rester modérément carné. Les pratiques hydrothérapiques (tub chaud), les frictions tièdes et alcoolisées, et surtout l'entraînement progressif à la marche au grand air, sont le complément de la cure.

En peu de jours, les urines changent d'aspect ; l'analyse révèle les plus heureuses modifications dans l'état de la nutrition, le malade ressent un sentiment d'allègement et de bien-être. Et toutes les fois que le mal n'est pas très ancien, et que l'état neurasthénique n'a pas eu le temps de se constituer, par habitude invétérée, une autonomie, ce régime, sans thérapeutique proprement dite, suffit pour améliorer considérablement l'ensemble des symptômes physiques et mentaux.

Comme il est, à tout prendre, un peu déprimant, ce régime, il faut souvent y joindre pour compléter la cure un traitement tonique et accélérateur des combustions organiques. J'ai eu fréquemment à me louer de l'emploi du corps thyroïde à doses initiales très minimes et très lentement progressives. Mais je ne souhaite point en voir se généraliser l'usage ; chez des hommes au voisinage de la cinquantaine, l'utilisation thérapeutique de la glande thyroïde, fût-ce fraîchement préparée, exige une surveillance minutieuse, et ne va pas toujours sans inconvénients. Aussi lui préférai-je habituellement une médication tonique plus banale. Les injections hypodermiques de sérum artificiel légèrement concentré — médication excellente, pour peu qu'on sache la manier — remplissent bien l'indication, soit par leur action sur la tension artérielle, soit en stimulant directement le système nerveux central, grand régulateur de la nutrition, soit en tirant de sa torpeur l'appareil thyroïdien, qui, sous leur influence, reprend une activité manifeste.

S'il était permis de tirer quelque conclusion générale de l'ensemble des faits cliniques et thérapeutiques qui viennent d'être brièvement exposés, ce serait, je crois, celle-ci.

Sous l'influence d'admirables travaux de physiologie pathologique publiés, depuis une trentaine d'années, tant en France qu'à l'étranger, les neurologistes les mieux avertis ont pris coutume, en matière de psychonévroses, de n'attacher d'importance qu'à l'analyse psychologique du sujet en observation. Pour bien des cas, — alors qu'il s'agit, par exemple, d'hystériques ou de psychasténiques, rien de mieux. Mais qu'il s'agisse de neurasthénies vraies, et notamment de ces dépressions nerveuses, acquises, de la quarantaine, qui font dire à tant de praticiens expérimentés que l'homme a, lui aussi, une manière de retour d'âge, il n'en est plus de même et la psychologie doit, ici, céder le pas à la clinique médicale. Un chi-

rurgien distingué n'a-t-il pas démontré l'origine périphérique d'un certain nombre de psychoses ? Et n'est-ce pas encore faire de bonne psychologie que de constater avec soin les réactions du physique sur le moral ?

S'il y a des catégories de psycho-névroses où les symptômes somatiques sont manifestement sous la dépendance de l'idée fixe ou de la suggestion, il en est au moins un autre où l'état mental ne peut être que la conscience obscure, ou si l'on veut, le reflet sur l'esprit d'un état somatique primitif, dont la réalité objective n'est pas niable. Et, pour ceux-là, les neurologues ne doivent pas désapprendre à être avant tout des médecins (1).

### DANS LES HOPITAUX

# L'Esprit de la Clinique moderne

Par le Dr Louis RÉNON,
Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital Necker.

Pour examiner l'*esprit de la clinique moderne*, il faut d'abord définir *la clinique* (2).

« La clinique, dit Littré, est la médecine qui se fait au lit du malade. C'est la médecine qui s'occupe de toutes les maladies considérées individuellement. » « Le clinicien, dit encore Littré, est celui qui étudie plus au lit du malade que dans le cabinet ». La clinique, pourrait-on dire aussi, c'est la conclusion ultime de la médecine : l'examen et le soulagement de l'homme souffrant.

Dans l'état actuel de l'enseignement médical, la clinique est le couronnement des études. L'étudiant apprend d'abord la composition anatomique, macroscopique et microscopique du corps humain, puis le fonctionnement des organes ; il étudie ensuite la pathologie, science des troubles organiques, avec ses divers symptômes ; il apprend en même temps des éléments de sciences qui, comme la physique, la chimie, la physico-chimie, la biologie, prêtent leur appui à la médecine peut apporter plus de précision dans le diagnostic. On enseigne enfin à l'élève la thérapeutique, la branche la plus conjecturale de la médecine, la plus difficile à juger, guettée sans cesse par l'erreur, mais indispensable aux praticiens qui en ignorent souvent les ressources les plus précieuses.

Après toutes ces études, l'étudiant est imprégné de notions théoriques qui lui permettront de diagnostiquer et de traiter une maladie dans l'espace, mais non de soigner un malade dans son lit. La clinique va intervenir pour lui faciliter l'examen et le traitement d'un malade bien déterminé.

La clinique est la plus difficile des branches de la médecine. Elle doit résoudre un problème complexe, celui du diagnostic de l'affection du malade, de son pronostic et de ses indications thérapeutiques ; jamais elle ne peut le résoudre de la même manière. Les termes en changent avec chaque malade, car, en clinique, tout est toujours nouveau. La clinique a suivi l'évolution de la science médicale ; elle s'est modifiée à travers les âges. La clinique moderne ne ressemble pas à la clinique ancienne ; elle en est même très différente, comme vous allez le voir.

La *clinique ancienne* reposait sur l'observation seule du malade pour arriver au diagnostic. Elle cherchait plus en surface qu'en profondeur. Aussi poussait-elle l'observation dans des détails extrêmement précis. Elle notait avec soin l'état de la langue, son épaisseur, sa coloration. Elle examinait longuement le faciès du malade, l'éclat de son regard, la pâleur ou la rougeur de son teint. Elle prenait le pouls et notait ses moindres modifications. Elle recherchait la couleur et la quantité des urines et des matières fécales. Elle palpait, percutait et auscultait avec un soin extrême. Le clinicien opérait seul. Il examinait seul le malade avec une observation minutieuse, il tirait de l'observation ses conclusions diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. Le clinicien opérait sur un champ d'action restreint; la plus grande partie du malade échappait à son investigation. Il luttait, comme combat, dans une bataille, un soldat déployé en tirailleur, ne voyant qu'une partie de la lutte, celle où il se trouve. Le clinicien ancien n'apercevait qu'un coin du problème clinique, mais il le voyait bien. Il avait adapté toutes ses qualités à cette vision; celle-ci était d'une netteté merveilleuse.

La *clinique moderne* est totalement différente. Elle veut savoir davantage que la clinique ancienne ; comme elle le peut, elle use largement de cette possibilité. Grâce aux nouveaux moyens d'exploration, elle voit non seulement en surface, mais en profondeur. Elle pénètre dans le sang, dans les humeurs, dans la cavité médullaire, dans le mécanisme des fonctions digestives, dans les bronches, dans les poumons, dans le cœur, dans la vessie, dans l'uretère, etc. Elle pousse ses investigations aussi loin qu'elle peut en profondeur, mais elle ne néglige pas la surface. Elle utilise l'observation comme la clinique ancienne ; elle appelle à son secours les sciences comme la physique, la chimie, la physico-chimie, la biologie. Elle annexe au lit du malade un laboratoire où des aides multiples et expérimentés exercent leur activité sur le sérum sanguin et les sécrétions morbides. Le clinicien moderne n'opère plus seul, comme le clinicien ancien. Il observe lui-même le malade en surface. Pour l'observer en profondeur, il lui faut toute une équipe d'aides, un bactériologiste, un cytologue, un chimiste, un physicien nécessaire pour électriser, radioscoper, radiographier ; le traitement, avec les différentes ressources actuelles de la physiothérapie, ne peut être fait sans des collaborateurs souvent nombreux. Le clinicien moderne est comme un général qui dirige une opération stratégique, le problème du diagnostic et du traitement. Comme un général, il doit se rendre compte de tout. Il doit tout voir : le malade, pour l'observer, et ses aides, pour recueillir d'eux les éléments nouveaux indispensables au diagnostic. Il doit avoir les qualités du clinicien ancien, plus d'autres qualités. Il doit être l'arbitre des renseignements fournis sur le patient. Pour cela, il lui faut de la pondération et surtout du jugement, pour bien interpréter les résultats du laboratoire.

Telles sont les différences qui séparent la clinique moderne de la clinique ancienne, et le clinicien moderne du clinicien ancien. Deux *exemples* vous feront encore mieux saisir ces différences.

Prenez un malade atteint d'*anévrysme de l'aorte thoracique*. Que faisait le clinicien ancien ? Il regardait le thorax du patient, recherchait l'existence des battements donnant l'illusion de deux cœurs dans la poitrine, selon l'expression de Stokes, essayait de délimiter par la percussion l'étendue de la tumeur anévrysmale, auscultait minutieusement toute la région suspecte pour percevoir les claquements et les souffles. Puis il prenait les deux pouls, cherchait s'il n'existait pas de diminution ou de retard dans la pulsation radiale gauche. Il examinait ensuite les pupilles ; la présence d'une mydriase ou d'un myosis était interprétée en faveur d'une compression du sympathique. Le clinicien ancien recherchait encore d'autres signes de compression, tels que les œdèmes ou une circulation veineuse collatérale. L'existence de troubles laryngés indiquait une compression de l'anse du récurrent au niveau de la bronche gauche et la présence d'un anévrysme à ce niveau. Après avoir mis en œuvre tous ces moyens d'exploration, le clinicien se déclarait satisfait de son diagnostic. Il n'avait guère d'action efficace pour traiter son malade, car il ignorait la cause la plus fréquente de l'anévrysme de l'aorte. Quelle est aujourd'hui la conduite du clinicien moderne vis-à-vis du même malade ? Il fait tout d'abord comme le clinicien ancien. Il regarde, palpe, percute, ausculte, prend le pouls, etc. Puis, il s'adresse au radiologue, qui lui présente une radiographie de l'anévrysme, et lui montre, à l'examen radioscopique, la poche ectasiée à l'état vivant, pour ainsi dire, avec ses battements et toutes ses connexions. Parfois, ces nouveaux moyens d'exploration permettent d'affirmer l'existence d'un anévrysme simplement supposé. Si le clinicien moderne constate des modifications pupillaires, comme il connaît le syndrome de Babinski, il les interprètera dans le sens de l'origine syphilitique de l'anévrysme. En effet, les troubles pupillaires seront souvent dus à un syndrome d'Argyll-Robertson ; en recherchant les réflexes rotuliens et achilléens, on notera souvent une diminution ou un affaiblissement de ces réflexes. En cherchant encore plus profondément, en pratiquant la ponction lombaire, et en examinant le liquide céphalo-rachidien, l'existence d'une lymphocytose permettra d'affirmer la nature syphilitique du syndrome. Le clinicien moderne peut encore s'adresser à la fixation du complément, à la réaction de Wassermann, pour avoir une confirmation plus grande de son diagnostic. Il pourra traiter son malade avec assurance, l'améliorer, le guérir même. Pour obtenir cet heureux résultat, il a dû observer personnellement et s'adresser à des aides, à un radiologue, un cytologue et un biologiste.

Prenez une autre affection plus simple, une *fièvre typhoïde*. Devant un typhique, le clinicien ancien examinait la langue, le pouls, la température; il recherchait les gargouillements dans la fosse iliaque droite, les épistaxis, les quelques râles de bronchite bilatérale d'une si grande valeur diagnostique ; puis, le septième jour, il guettait l'apparition des taches rosées ; après en avoir perçu une, deux ou trois sur l'abdomen, il affirmait son diagnostic. Le clinicien moderne se livre aux mêmes investigations, puis il pratique le séro-diagnostic du Pr Widal, fait la culture du sang, recherche la diazo-réaction d'Ehrlich. Grâce à ces nouveaux moyens, il confirme le diagnostic établi par l'observation du malade. Souvent, il affirme l'existence de la maladie, en l'absence des symptômes cliniques habituels. Récemment, nous recevions dans nos salles une malade très fatiguée qui ne présentait aucun symptôme net à l'examen ; le séro-diagnostic nous fit voir qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Deux jours après, la température commença à monter progressivement, puis à descendre ; la malade fit une rechute. Le diagnostic d'observation suivit le diagnostic biologique.

Tels sont, rapidement esquissés, les principaux caractères de la clinique ancienne et de la clinique moderne. La clinique ancienne a eu sa grandeur, elle a donné le jour à des cliniciens émérites qui ont remis souvent la médecine dans son droit chemin. Mais, c'est le *passé*, un passé, qui, comme tout passé, est mort et bien mort, et qu'il serait chimérique de vouloir faire revivre. Il est aussi impossible de faire la clinique sans séro-diagnostic, et sans examens cytologiques et bactériologiques que de vouloir se priver de télégraphe et de téléphone pour correspondre et d'électricité pour s'éclairer. Rendons au passé l'hommage qui lui est dû. Utilisons les données qu'il nous a fournies. En prenant point d'appui sur lui, nous verrons plus haut et plus loin. Comme dans cette admi-

(1) Comm. à l'Académie de Médecine.
(2) Conférence faite à l'hôpital Necker, le 4 mars 1910.

rable verrière de la cathédrale de Chartres où l'on voit les apôtres sur le dos des prophètes, montons sur les épaules des cliniciens anciens pour mieux voir, avec les moyens que la science met à notre disposition.

Puisque la clinique moderne est la seule possible à l'heure actuelle, recherchons quel doit être son *esprit*, c'est-à-dire quels doivent être ses tendances, ses aspirations et ses principes. Pour atteindre le mieux son but, la clinique moderne doit avoir l'esprit d'empirisme scientifique, l'esprit de clarté, l'esprit de critique, et l'esprit de croyance.

La clinique moderne doit avoir *l'esprit d'empirisme scientifique*. L'empirisme scientifique, terme que j'ai utilisé l'année dernière dans une conférence de philosophie médicale, me paraît être la condition essentielle du progrès en clinique. « L'empirisme, disais-je, c'est l'expérience des choses (de εμπειρια, expérience), et personne ne peut nier que l'expérience des choses ne soit utile au médecin. L'expérience des choses peut être personnelle. Elle peut être connue par la tradition et les recherches antérieures. D'ailleurs, toujours l'empirisme a précédé l'étude scientifique de la médecine. Aujourd'hui, il est indispensable, dans l'exercice de la médecine, d'allier au facteur personnel du médecin le facteur impersonnel donné par la science... En un mot le progrès ne peut exister en médecine qu'avec l'*empirisme scientifique*. C'est, malgré la contradiction apparente de ces deux termes, l'empirisme faisant usage de tous les moyens mis par la science à la disposition de la médecine. Dans l'empirisme scientifique, la part de l'empirisme est celle de l'observation des faits, de la clinique, dont l'édifice a été péniblement construit par nos prédécesseurs. La part de la science grandit tous les jours... Nous avons chaque jour de nouveaux moyens d'exploration à notre service. Mais nous ne devons pas leur demander plus de renseignements qu'ils ne peuvent nous en fournir et nous devons toujours contrôler leurs résultats par la clinique (1) ».

Tel est l'esprit d'empirisme scientifique indispensable à la clinique moderne. Allier l'observation la plus minutieuse à la science est chose nécessaire au clinicien. « Aujourd'hui, dit Claude Bernard, que je me permettrai de citer souvent dans la fin de cette conférence, la pratique médicale est empirique, dans le plus grand nombre des cas; mais cela ne veut pas dire que la médecine ne sortira jamais de l'empirisme. Elle en sortira plus difficilement, à cause de la complexité des phénomènes, mais c'est une raison pour redoubler d'efforts pour entrer dans la voie scientifique aussitôt qu'on le pourra. En un mot l'empirisme n'est pas la négation de la science expérimentale, comme semblent le croire certains médecins, ce n'en est que la première étape. Il faut même ajouter que l'empirisme ne disparaît jamais complètement d'aucune science. Les sciences, en effet, ne s'illuminent pas dans toutes leurs parties à la fois; elles ne se développent que successivement (2). » Imbu de l'esprit d'empirisme scientifique, le clinicien moderne observe d'après son expérience. Si son expérience est insuffisante, il fait appel à ses aides qui mettent la science à sa disposition. Pour une telle besogne, il lui faut de bons aides, qui ne se trompent pas dans leur travail. Que de résultats merveilleux, échafaudés sur des erreurs de technique, et que l'observation seule a définitivement ruinés!

La part personnelle du clinicien reste prépondérante dans la clinique moderne. Elle est telle qu'il reste encore beaucoup d'art dans la clinique. Le vrai clinicien doit être un *artiste scientifique*, deux mots qui ne jurent pas ensemble comme on pourrait le croire, car l'art et la science se complètent dans le clinicien. Le clinicien est un artiste, parce qu'il sait faire rendre à un malade ce qu'un autre n'a pu faire rendre. Avec un même violon, des musiciens tirent des sons différents. Sur un même malade, des médecins feront des diagnostics différents. Le meilleur clinicien jouera du malade comme un grand artiste jouera du violon. Il verra ce que d'autres n'auront point aperçu. Il mettra en harmonie les renseignements qui lui seront fournis. Il établira l'art des perspectives, pour mettre chaque symptôme à sa vraie place et créer un tableau lumineux, d'où sortira tout seul le diagnostic. Oui, le clinicien moderne est un artiste, mais c'est un artiste scientifique, un artiste faisant usage de tous les moyens mis par la science à sa disposition; c'est un peintre, sur la palette duquel les couleurs sont représentées par les nouveaux moyens d'exploration.

Parfois, là où la science aura échoué, l'art du clinicien réussira. En voulez-vous un exemple pris au hasard entre mille autres? Une jeune fille de 20 ans, est déclarée atteinte de tuberculose à forme éréthique, localisée probablement sur l'intestin, parce qu'elle a de la tachycardie, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, de l'amaigrissement, de la diarrhée; un examen de la tension artérielle, fait au sphygmosignal de M. Vaquez, en indiquant une tension de 9 millimètres, est interprété en faveur de l'origine tuberculeuse de l'affection. Le clinicien examine la jeune fille; il trouve les signes notés antérieurement, l'amaigrissement, la tachycardie à 120 pulsations, etc. Il ne perçoit que des signes insignifiants du côté de l'abdomen, mais il est surpris de l'éclat brillant des yeux de la malade. Une idée lui vient. Il palpe le cou, il trouve le corps thyroïde un peu augmenté de volume. Il perçoit un tremblement à très fines oscillations, en faisant étendre les mains et les doigts. Il n'y a plus de doute; il s'agit de tout le tableau symptomatique d'une forme légère de maladie de Basedow. L'abaissement de la tension artérielle pouvait être interprété aussi bien en faveur de l'existence de cette affection qu'en faveur de la tuberculose. C'était au clinicien à juger avec son flair, composé, d'après le Pr Pierre Delbet, d'une grande sagacité d'observation, d'un jugement sain et d'une mémoire vaste, sûre et toujours présente (1).

Fatalement, et il faut le désirer, la clinique évoluera vers la science; mais elle n'y est pas encore arrivée. Quand même elle y parviendrait, quand elle serait à ce stade prédit par M. Metchnikoff où le diagnostic d'une maladie serait fait « sans voir le malade, au simple examen de ses réactions morbides ou de son sérum sanguin », le clinicien aurait encore son rôle à remplir, comme il a conservé encore son utilité après la découverte de l'examen bactériologique et du traitement sérothérapique de la diphtérie. Il lui faudrait encore établir les formes cliniques morbides, le pronostic et les indications thérapeutiques.

En plus de l'esprit d'empirisme scientifique, la clinique moderne doit avoir *l'esprit de clarté*.

La clarté est le propre de la clinique française, la première clinique du monde. Ne nions pas notre supériorité; elle tient à la nature de notre race et à la libéralité de notre enseignement médical, qui permet à tous les élèves de suivre chaque jour les malades, ce qui n'existe pas à l'étranger. Cette clarté de la clinique française, ne la sacrifions jamais. Grâce à elle, nous pouvons souvent voir juste, là où d'autres restent emprisonnés dans les ténèbres et les nébulosités d'une science souvent problématique.

La clinique moderne doit avoir aussi *l'esprit de critique*. Pour cela, elle doit être large, libre et indépendante.

Elle doit être large et examiner sans parti pris. « L'observateur, dit Claude Bernard (*loco citato*, p. 37), ne doit avoir d'autre souci que de se prémunir contre les erreurs d'observation qui pourraient lui faire voir incomplètement ou mal définir un phénomène... L'observateur doit être le photographe des phénomènes, son observation doit représenter exactement la nature. Il faut observer sans idée préconçue; l'esprit de l'observateur doit être passif, c'est-à-dire se taire; il écoute la nature et écrit sous sa dictée. » La clinique moderne doit être libre et indépendante. Pour cela, elle s'inspirera encore de cette belle pensée de Claude Bernard : « Quand le fait qu'on rencontre est en opposition avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie, lors même que celle-ci, soutenue par de grands noms, est généralement adoptée (*loco citato*, p. 261) ». C'est affirmer l'indépendance de la médecine, et surtout de la clinique. Large, libre, indépendante, la clinique moderne peut exercer son esprit de critique sur les faits et les interpréter dans le sens de la plus grande vérité. La sincérité et la probité sont les corollaires obligés de la largeur, de l'indépendance et de la liberté de son esprit.

La clinique moderne doit avoir enfin *l'esprit de croyance*.

Elle doit croire à sa perfectibilité. Elle marchera de l'avant, en évoluant vers la science. « L'état scientifique, dit encore Claude Bernard (*loco citato*, p. 221), sera plus long à se constituer et plus long à obtenir en médecine, à cause de la complexité des phénomènes; mais le but du médecin savant est de ramener dans sa science, comme dans toutes les sciences, l'indéterminé au déterminé. » Nous pouvons espérer, dit le Pr Dieulafoy, que, grâce à des acquisitions continuelles, le diagnostic, qui est une des attributions de la clinique, finira peu à peu par atteindre la précision d'une science exacte (1) ». La clinique moderne doit croire à son rôle bienfaisant. Elle réagira contre le nihilisme thérapeutique actuel, si funeste aux malades. Elle doit guérir et soulager les souffrances de l'homme, en utilisant toutes les ressources de la thérapeutique pathogénique, de la thérapeutique pragmatique et de la psychothérapie. Ne traitant pas le malade comme un lapin ou un cobaye, elle sera la vendeuse d'espoir pleine de promesses, n'arrivant jamais les mains vides devant la détresse humaine.

Persuadée de la grandeur de sa mission, la clinique moderne doit avoir horreur de l'esprit de scepticisme. Elle pratiquera le doute scientifique, tout différent du scepticisme, « dénigrant et stérile », si justement flétri par Pasteur. « Le sceptique, dit Claude Bernard (*loco citato*, p. 83), est celui qui ne croit pas à la science et qui croit à lui-même; il croit assez en lui pour oser nier la science et affirmer qu'elle n'est pas soumise à des lois fixes et déterminées. Le douteur est le vrai savant; il ne doute que de lui-même et de ses interprétations; mais il croit à la science ». Pardonnez-moi d'évoquer si souvent la grande mémoire de Claude Bernard; la clinique moderne peut être fière de se réclamer d'un homme qui a compris la médecine sous son vrai jour, en a excusé les faiblesses et a fait tous ses efforts pour en dissiper ses obscurités. La clinique moderne doit lutter pour la vérité. « La lutte, dit Pasteur, c'est l'effort : la lutte, c'est la vie, quand la lutte a le progrès pour but (2). »

(1) Louis Rénon : Le rationalisme et le pragmatisme en médecine : l'empirisme scientifique. *Journal des Praticiens*, 23 janvier 1909.

(2) Claude Bernard : *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Deuxième édition, p. 303.

(1) Pierre Delbet : Leçon d'ouverture. *Presse médicale*, 17 mars 1909.

(1) Dieulafoy : *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 15.

(2) Vallery-Radot : *La vie de Pasteur*, p. 364.

Ainsi comprise, animée de l'esprit d'empirisme scientifique, de l'esprit de clarté, de l'esprit de critique et de l'esprit de croyance, la clinique moderne est une des branches les plus *élevées* de la médecine. Aussi ne comprend-on pas le dédain de quelques hommes de science, de faux savants peut-être, pour les cliniciens. Etre clinicien, pour eux, c'est déchoir. Je ne saurais trop protester contre un pareil état d'esprit. La science, impersonnelle, est possible, à tout le monde. La clinique, art très personnel, n'est possible qu'à quelques-uns. Comme me l'écrivait récemment M. Huchard, « tout le monde peut être savant, c'est-à-dire peut savoir. Mais tout le monde n'est pas clinicien, parce que la clinique est l'art de la médecine et que tout le monde n'est pas artiste. Or la médecine française doit rester clinique avant tout. »

Le clinicien moderne incarne le passé, le présent et l'avenir. Il incarne le passé avec les solides assises d'observation qu'il nous a léguées ; n'avons-nous pas vu, lors du récent désastre parisien, les vieux ponts et les vieux quais de la vieille cité résister le mieux au fléau ? Il incarne le présent avec tous les moyens d'investigation que la science met sans cesse à notre disposition. Il incarne enfin l'avenir avec l'espoir des perfectionnements, l'espoir du mieux, l'espérance prochaine d'approcher plus près de la vérité.

La clinique moderne est la chaîne qui relie le passé au présent et à l'avenir. C'est l'action. C'est la vie.

## REVUE CLINIQUE

**Les quelques points du diagnostic radioscopique de la pneumonie infantile : le triangle axillaire** (*Société de médecine de Lyon*).

M. G. Mouriquand présente, au nom de M. Weill et au sien, les considérations suivantes sur l'examen radioscopique de la pneumonie infantile.

L'examen radioscopique systématique de cette affection, pratiqué au cours d'une épidémie de pneumonie observée à la clinique infantile, nous a montré dans plus de la moitié des cas (8 fois sur 15) l'existence, comme premier signe des manifestations pulmonaires, d'un triangle noir foncé à base axillaire, à sommet s'enfonçant vers le hile.

L'examen de schémas radioscopiques antérieurs nous a permis de retrouver cette image dans vingt cas, ce qui empêche de la considérer comme due au pur hasard. L'ombre triangulaire est exceptionnelle à la base, très fréquente au sommet (généralement au sommet droit).

Ce triangle apparaît le plus souvent au début de la localisation pulmonaire, puis s'efface par l'extension du processus d'hépatisation et, dans certains cas, peut réapparaître à une période avancée de la régression du bloc pneumonique.

Chez l'enfant, son apparition est généralement tardive (5e, 6e jour et plus tard), comme l'apparition des signes pulmonaires de la pneumococcie. Dans ces cas, le pronostic est bénin. Dans des cas moins nombreux, l'apparition a été précoce, l'extension rapide et le pronostic très grave, comme dans la pneumonie de l'adulte.

En pleine épidémie, il nous a été donné de voir des cas de pneumococcie légitime sans apparition d'une localisation pulmonaire. Ces cas sont de tous les plus bénins.

Dans tous les cas où existaient les signes sthétoscopiques, nous avons trouvé l'image pulmonaire à la radioscopie (triangulaire ou non). Il faudra au début aller souvent chercher ces signes dans l'aisselle.

Ces faits de localisation tardive de la pneumococcie démontrent que la pneumonie ne saurait être considérée comme une pneumopathie primitive, mais bien comme une localisation seconaaire d'une infection générale.

Là, comme dans la typho-bacillose, la localisation fait le pronostic d'autant plus sombre qu'elle est précoce, d'autant plus bénin qu'elle est plus reculée.

**A propos d'un signe différentiel de la sciatique et de la sacro-coxalgie,** par M. C. Gueit, aide de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier (*Gaz. des Hôpit.*)

Depuis longtemps j'ai été frappé de la difficulté qu'il y a pour le médecin à différencier la sacro-coxalgie de la sciatique. Je me suis demandé si en me basant sur le signe si clair et si précis que Lasègue a décrit comme caractéristique de la sciatique, il n'y aurait pas moyen de trouver un signe de diagnostic différentiel entre ces deux maladies.

Or, si le signe de Lasègue est constant et caractéristique de la sciatique, il est fréquent de le trouver dans la sacro-coxalgie. De ce fait, il ne peut être pris dans tous les cas comme signe distinctif entre les deux.

Mais il est une manœuvre qui m'a semblé fournir ce trait essentiel et qui est la suivante :

Si, faisant coucher le malade le dos reposant sur un matelas un peu dur, ou mieux sur une table, on lui fait plier les deux jambes tout en relevant ses cuisses, et si à ce moment on tâche de former plus avant cette flexion des cuisses sur le bassin, deux éventualités peuvent se produire :

Ou le malade n'éprouve aucune douleur au cours de cette manœuvre ;

Ou, au contraire, une douleur vive, si vive qu'elle fait pousser des cris au malade, en résulte. Cette douleur a son siège à la partie supérieure et interne de la fesse.

Or, il m'a paru que dans la sciatique cette manœuvre n'est jamais douloureuse, ou que tout au moins elle n'augmentait pas la douleur existant auparavant.

Dans la sacro-coxalgie, au contraire, les douleurs sont accrues.

Il y a là moyen de distinguer ces deux affections et aussi d'y trouver un signe d'une certaine valeur, appelé à rendre quelques services aux praticiens pour dépister toute supercherie dans le cas d'accidents du travail.

Pour ce qui est de la pathogénie de la douleur, perçue au cours de cette manœuvre dans la sacro-coxalgie, elle peut être expliquée ainsi :

Les fémurs dans leur mouvement de flexion entraînent les os iliaques et déterminent au niveau de l'articulation sacro-coxale malade un mouvement de nutation. C'est ce mouvement qui est douloureux.

Si les lésions, au lieu de siéger dans l'article, sont, ce qui est plus fréquent peut-être, péri-articulaires et siègent à cette portion de l'os iliaque fortement épaissie, qui termine en arrière la crête de l'os, cette même nutation en tiraillant sur les ligaments puissants qui s'insèrent sur cette tubérosité explique encore la production de la douleur.

**Hydarthrose périodique,** par le Dr Caussade (*Soc. méd. des Hôpitaux.*)

L'auteur rappelle l'histoire d'un malade présenté par son élève Leven, à l'occasion d'une leçon sur le rhumatisme chronique faite par lui dans son service.

Le malade de M. Leven était un homme de cinquante-quatre ans qui, à plusieurs reprises, avait eu pendant plusieurs mois une hydarthrose non douloureuse du genou gauche, reparaissant tous les douze jours, avec une régularité remarquable. Cet homme était obèse, avait un eczéma à poussées annuelles depuis l'âge de dix-huit ans. Il avait une pression artérielle de 25 avec le sphygmomanomètre de Potain.

M. Leven l'a traité selon la méthode qu'il applique aux cas appelés par lui rhumatisme d'origine digestive, c'est-à-dire par le repos, les applications chaudes sur l'articulation malade, le régime lacté d'abord, le régime végétarien ensuite, *sans aucun médicament*.

Cette thérapeutique réduisit de plus de 20 kilogrammes le poids du malade, ramena la pression artérielle à 20, fit disparaître l'hydarthrose et l'eczéma en moins de trois mois.

Il y a deux ans que le malade est guéri, sans récidive articulaire ou cutanée.

En présence de ce fait et des cas rapportés par M. Rihierre on doit se demander si la pathogénie de l'hydarthrose périodique est univoque. Peut-être cette affection ne serait-elle parfois qu'une manifestation de la diathèse arthritique ou herpétique ! Et alors il n'y aurait pas lieu de s'étonner de la voir s'atténuer on disparaître, comme dans la migraine, à mesure que le diathésique avance en âge.

**Les Ganglions dans les cancers du sein** (*Tribune médicale*).

On sait que les ganglions axillaires correspondant à certains cancers du sein peuvent être hypertrophiés *en dehors de tout envahissement cancéreux* (c'est là une notion qui avait déjà été mise en évidence par M. M. Labbé) et, faut-il ajouter, en dehors de toute infection surajoutée. Cette dernière particularité vient d'être signalée et bien étudiée par M. Fage dans une thèse intéressante intitulée : *Recherches sur le Tissu Lymphoïde dans les épithéliomas non ulcérés du sein et dans les ganglions axillaires correspondants.*

Ce travail, qui contient des notions nouvelles et importantes sur la structure normale du ganglion et sur le mode de son envahissement par le cancer, peut être ainsi résumé d'après son auteur :

Le ganglion lymphatique de l'enfant est un organe en pleine activité ; chez l'adulte et chez le vieillard, cette activité est beaucoup moindre.

D'après les auteurs classiques, les phénomènes de sénescence ganglionnaire sont essentiellement constitués par une sclérose progressive de l'organe débutant de bonne heure chez l'adulte et aboutissant au *ganglion scléreux* chez le vieillard.

Pour nous, au contraire, le ganglion lymphatique vieillissant subit une involution fonctionnelle consistant en une infiltration graisseuse et au ganglion scléreux des auteurs classiques, nous opposerons le ganglion *adipeux quiescent.*

Cette involution que l'on rencontre très fréquemment, qui débute de bonne heure chez l'adulte, est surtout comparable à l'involution de la moelle osseuse ; c'est un phénomène physiologique, la sclérose, au contraire, étant, si minime soit-elle, un processus pathologique relevant d'inflammations ultérieures.

Le ganglion adipeux est un ganglion quiescent dont la potentualité fonctionnelle est entièrement conservée.

Les ganglions axillaires dans la zone d'un épithélioma du sein, avant leur envahissement, présentent d'intéressantes modifications.

C'est d'abord la régénération des ganglions adipeux quiescents que nous rapprochons de la régénération de la moelle adipeuse au début des infections (Roger et Josué).

Le ganglion se reconstitue dans toutes ses parties et ces phénomènes vont de la capsule vers le hile.

C'est ensuite l'hypertrophie des ganglions régénérés qui peuvent se présenter suivant trois types :

a) Type différencié dans toutes ses parties ;
b) Type indifférencié homogène ;
c) Type semi-homogène, semi-différencié.

Entre ces types, on peut trouver des faits de passage variés. Bien plus, un même ganglion peut appartenir au premier type par l'une de

ses extrémités, au second par l'autre, ou bien au deuxième et au troisième.

Nous tentons une explication de ces modalités réactionnelles. Elles peuvent s'observer d'ailleurs au cours des inflammations comme dans le cancer, mais nous ne pouvons dire à l'heure actuelle si, de leur similitude dans les deux cas, on peut conclure à leur identité.

3° Le ganglion lymphatique peut être brutalement envahi par le cancer, on n'observe alors aucun phénomène réactionnel ni péri, ni intra-ganglionnaire.

Lorsque l'invasion est moins brusque, on peut voir :

a) L'hypertrophie de la portion ganglionnaire non envahie ;

b) Des apports lymphoïdes péri-capsulaires allant du simple infiltrat à la nappe lymphoïde, avec ou sans follicules ;

c) Le recul de la capsule, phénomène participant à la fois du processus d'hypertrophie ganglionnaire et de la néo-formation ; il consiste en la transformation de la capsule du ganglion et en un point d'étendue variable, en tissu réticulé, une formation à la périphérie de ce bourgeon néoforme d'une capsule mince ;

d) La sclérose consistant en un épaississement de la capsule et en formation à l'intérieur du ganglion du tissu fibreux tendant à étouffer les éléments cancéreux.

Le rôle de défense du ganglion est manifeste, sinon toujours efficace.

4° Certains auteurs étrangers affirment la multiplication des ganglions par néoformations au cours d'états physiologiques (lactation) et pathologiques (cancer, sarcome, tuberculose).

Ils partent de faits cliniques peu probants.

Leurs faits expérimentaux sont contradictoires.

5° Nous croyons que pour résoudre la question de néoformations ganglionnaires au cours du cancer, il faut étudier les néoformations lymphoïdes tout d'abord dans les inflammations chroniques, puis dans le cancer.

Dans les deux cas on peut voir :

a) Des infiltrats lymphoïdes sans modification du tissu conjonctif ;

b) Des nappes lymphoïdes avec transformation du tissu conjonctif fibreux en tissu réticulé ;

c) Des centres lymphopoïétiques se formant au sein des nappes lymphoïdes identiques aux centres germinatifs des ganglions lymphatiques.

Ces centres peuvent encore se former aux dépens des vaisseaux.

Ils ont toutes les aptitudes fonctionnelles des ganglions lymphatiques.

Ces néoformations lymphoïdes au cours de l'épithélioma du sein s'observent dans la tumeur, autour des ganglions axillaires, dans la graisse axillaire.

Elles sont envahies secondairement par le cancer, mais comme dans le ganglion, le follicule est l'*ultimum moriens*.

Peut-on aller plus loin, et dire qu'il y a néoformation de ganglions complets avec capsule et sinus lymphatique, nous ne le croyons pas.

6° Les édifications lymphoïdes dans la zone du néoplasme constituent des réserves cellulaires pour la défense des tissus contre le cancer et des formations ayant les mêmes aptitudes que le ganglion dans la lutte contre les poisons cancéreux.

**Un nouveau signe de tétanie**, par le Dr Schlesinger (*Société de médecine interne de Vienne*).

Un des symptômes les plus importants de la tétanie est le signe de Trousseau, attendu qu'il ne s'observe que dans cette maladie, tandis que tous les autres phénomènes peuvent se manifester aussi dans d'autres affections. Or, M. H. Schlesinger a décrit un symptôme relativement rare, tout à fait analogue à celui de Trousseau, et que l'orateur désigne sous le nom de « signe de la jambe » : il consiste en des accès de spasmes provoqués par une pression exercée dans la région de l'artère fémorale ou par la constriction circulaire de la cuisse. M. Schlesinger a trouvé ce signe chez un jeune homme de 17 ans. Si l'on fléchit la cuisse sur le bassin, le malade est atteint au bout d'une à deux minutes, de spasmes très douloureux dans les muscles de l'extrémité fléchie ; la jambe est raidie en extension, le pied est en supination forcée, tandis que les orteils ne sont pas influencés. De même que pour le signe de Trousseau, le spasme reste limité à la musculature de la jambe sur laquelle on expérimente et cesse dès que le membre a repris sa position normale. La condition fondamentale pour que le phénomène se produise est que la cuisse soit fléchie sur le bassin. Il apparaît ainsi aux deux jambes quand on fait asseoir le malade sur le lit sans plier les genoux, ou bien lorsque le sujet, étant debout, fléchit fortement le tronc. La compression du nerf sciatique ne provoque pas le phénomène susmentionné. Ce signe n'est pas dû à des troubles circulatoires, mais plutôt à des troubles réflexes et disparaît tout comme celui de Trousseau. Enfin, M. Schlesinger ne l'a jamais constaté dans aucune autre affection.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Etudes sur la fièvre typhoïde**, par H. Dunschmann. (*Ann. Pasteur*, janvier 1909.)

Les porteurs de bacilles sont cause :

1° Des cas sporadiques de la maladie ;

2° De la persistance de la fièvre typhoïde dans certaines maisons (typhashaüser) ;

3° D'épidémies et d'endémies typhoïdiques.

Il reconnaît l'importance capitale de l'appareil biliaire dans la pathogénie de l'infection éberthienne : la pullulation du germe spécifique dans la vésicule biliaire, devenue réservoir de virus, est liée à l'altération des parois de l'organe, ainsi qu'à la formation de calculs.

La prophylaxie, d'après Dunschmann, a besoin d'une méthode sûre de recherche des bacilles dans les matières fécales, afin d'établir pour chaque cas de fièvre typhoïde combien de temps le malade reste contagieux et s'il constituera un porteur de bacilles.

Dunschmann discute la composition des milieux les plus convenables pour l'isolement et la culture du bacille d'Eberth. Pour lui :

a) Les laboratoires ne possèdent point encore un milieu électif, spécifique pour le bacille typhique, mais ils ont du moins à leur disposition des milieux permettant, vingt-quatre heures après l'ensemencement, de distinguer facilement les colonies du bacille d'Eberth de celles du bacille coli ;

b) Le milieu de culture le meilleur paraît devoir être ainsi composé :

3 à 4 p. 100 de gélose ;
0.5 p. 100 de gélatine ;
1.5 à 2.5 p. 100 de taurocholate de soude ;
4 p. 100 de lactose ;
5 p. 100 de peptone.

Le lactose n'est d'aucune utilité pour le développement du bacille typhique, mais est indispensable pour la végétation du bacille coli qui, sans cette substance, ne donnerait pas d'acides et, dès lors, ne pourrait être facilement distingué, le milieu ne virant pas au rouge, du bacille d'Eberth.

A cette gélose sera incorporée une quantité de sels minéraux équivalente à celle que contient une macération de 500 grammes de viande de bœuf dans 1.000 grammes de liquide.

Le milieu devra être additionné, avant sa répartition en boîtes de Pétri, de 10 p. 100 de teinture de tournesol parfaitement sensible.

Dunschmann insiste sur la haute valeur de la bile et surtout du taurocholate de soude pour la culture du bacille d'Eberth, la composition chimique de la bile étant la principale raison de la persistance du bacille dans la vésicule biliaire.

L'auteur recommande, si l'on dispose de matières fécales fraîches, de pratiquer un ensemencement direct sur une série de plaques avec ou sans broyage préliminaire des excreta dans un peu d'eau peptonée.

Si les matières sont desséchées, il y aura lieu de les ensemencer préalablement dans la solution :

| | | |
|---|---|---|
| Peptone | 5 | 100. |
| Extrait de viande | 0.5 | — |
| Taurocholate de soude | 2.5 | — |

Le tube ensemencé sera mis à l'étuve pendant une demi-journée, à une température de 40-43° ; dans ces conditions, alors que le bacille typhique se développe aisément, beaucoup d'espèces ne poussent plus. Cette première culture servira de point de départ pour l'ensemencement d'une série de boîtes de gélose, soit directement, soit par la méthode biologique de Chantemesse.

c) Pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, l'hémoculture constitue le procédé de choix pendant le premier septenaire. Les milieux les plus convenables sont la bile (Kayser) ou le milieu de Conradi (bile pepto-glycérinée). L'auteur préconise le milieu (bouillon peptoné-taurocholate de soude) qui lui sert à l'ensemencement des selles desséchées ; sa forte teneur en taurocholate de soude a de plus l'avantage d'empêcher la coagulation du sang.

**Mesure par le carmin de la durée de la traversée digestive chez les nourrissons**, par le Dr Triboulet (*Soc. de Pédiatrie*).

Nous faisons prendre à des nourrissons, au sein ou au biberon, 0.10 ou 0.20 de carmin dans un peu d'eau. La coloration des selles se produit entre 18 et 20 heures dans la majorité des cas. Par des lavages de l'intestin on peut voir que le carmin apparaît dans le colon terminal une douzaine d'heures après l'ingestion. La stase des matières dans le colon est donc d'environ six heures, comme chez l'adulte. Dans les cas pathologiques (diarrhée, entérite, dyspepsie), la durée est diminuée et tombe à 10, 8, 6 heures, 3 heures même. La durée semble d'autant plus raccourcie que l'altération intestinale siège plus haut.

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Radioactivité de quelques sources sauvages des Vosges** (*Acad. des Sciences*).

M. André Brochet a étudié la radio-activité de quelques sources thermales non captées de la région des Vosges (sources de la Chandeau, source de Fontaines-Chaudes, source de Chaudes-Fontaines ou du Reherrey). L'auteur a observé que la radio-activité des gaz et eaux de ces sources est assez élevée.

## REVUE DE CHIRURGIE

**De l'appendicite chronique**, par le Dr Anselme Schwartz, chirurgien des hôpitaux (*Le Médecin praticien*).

L'*appendicite aiguë* est actuellement connue de tous les médecins. Le praticien, instruit par l'expérience, se tient sur ses gardes, et dès qu'une affection abdominale se présente à lui, il pense à l'appendice. Je dirais volontiers qu'il y pense trop souvent, et il y a à peine deux mois j'ai été appelé pour opérer d'urgence un enfant qui n'avait qu'une colique néphrétique.

Par contre, l'*appendicite chronique* d'*emblée*, celle qui n'a jamais donné de crises franches, est volontiers méconnue.

On veut bien l'accepter encore, cette *appendicite chronique*, quand il s'agit de la *forme douloureuse*, surtout si la douleur existe toujours dans la fosse iliaque droite.

Mais combien de praticiens se refusent à ce diagnostic ou bien n'y pensent même pas, lorsqu'il existe, pour tous symptômes, des troubles digestifs plus ou moins marqués ?

En juillet 1908, un jeune homme d'une vingtaine d'années vient me consulter pour les troubles suivants : depuis environ un an, il est pris, tous les deux ou trois mois, d'une crise de vomissements qui dure environ 36 heures. Le malade ne souffre en aucun point de l'abdomen. La crise terminée, il mange et boit comme tout le monde, et toute sa maladie se résume en ces vomissements. Il a cependant une mine un peu fatigué : il est très maigre.

L'examen de l'abdomen me montre un *gros intestin distendu et épaissi, surtout dans les deux fosses iliaques. Il n'y a nulle part de sensibilité spéciale.* Malgré cela, je porte le diagnostic *probable* d'appendicite chronique avec entérocolite et je demande au jeune homme de m'appeler à la prochaine crise.

Le malade passe ses vacances à la mer où il a, en août, une nouvelle crise ; le médecin traitant déclare « qu'il ne sait pas ce que c'est, mais que c'est tout ce qu'on voudra, sauf de l'appendicite ».

En septembre, à Paris, je suis appelé d'urgence et je constate cette fois une *appendicite aiguë* des plus caractérisées. Je fais l'ablation de l'appendicite en octobre et je trouve un petit abcès intra-appendiculaire. Depuis — il y a de cela plus d'un an — le jeune homme se porte admirablement.

Voici une autre modalité de l'appendicite chronique à forme digestive.

Un garçon de 12 ans vient avec sa mère, qui se plaint que son enfant ne mange pas. Il n'a absolument pas d'appétit et en certains jours il ne prend d'autre nourriture qu'un ou deux petits pains d'un sou. La mère me déclare que l'enfant, d'une façon générale, mange pour deux ou trois sous par jour. Ce régime dure depuis des années.

Mon interrogatoire m'apprend que, dans sa toute première enfance, à 3 ou 4 ans, il aurait eu quatre ou cinq indigestions, ayant duré chacune un ou deux jours et caractérisées par des vomissements.

Or, en examinant l'abdomen de cet enfant, qui en somme ne se plaignait de rien et chez lequel la mère n'avait constaté que cette inappétence tout à fait remarquable, je trouvais *une sensibilité des plus nettes dans les deux fosses iliaques, surtout à droite.* On n'avait jamais rien remarqué dans les matières.

Je fais le diagnostic d'appendicite chronique et ce diagnostic est confirmé par un médecin et par un chirurgien dont la compétence, en cette matière, est indiscutable.

J'enlève l'appendice qui est très long, de calibre irrégulier.

Huit jours après l'intervention, cet enfant que depuis des années on ne pouvait faire manger, réclame de la nourriture et depuis ce temps (il y a un peu plus d'un mois), il est affamé du matin au soir : sa mère ne parvient pas à le rassasier. Il mange toute la journée, à tel point que, récemment, n'étant pas suffisamment surveillé à un dîner de famille, il a tellement mangé qu'il a eu une indigestion.

Voilà donc une forme plus curieuse encore que la précédente, puisqu'elle n'a eu, comme seule manifestation clinique, que l'absence de la faim.

Il faut donc penser à l'appendicite chronique et savoir la reconnaître avant qu'un épisode aigu vienne indiquer le diagnostic et donner à l'affection une gravité parfois considérable.

**Nos articles.**

*Nous rappelons que la reproduction de nos articles est absolument autorisée.*

# REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

**Pathogénie du tintement métallique du pneumothorax,** par les Drs DEBOVE et Fernand TRÉMOLIÈRES (*Soc. méd. des Hôpitaux*).

Les diverses hypothèses proposées jusqu'ici pour expliquer le tintement métallique du pneumothorax ne résistent pas à la critique.

Le tintement métallique est caractérisé par son timbre et son rythme.

Son timbre est identique à celui du bruit de flot obtenu par la succussion hippocratique pratiquée légèrement.

Son rythme est étroitement lié aux mouvements du diaphragme et en suit toutes les variations.

Ces remarques cliniques permettent de pénétrer les conditions pathogéniques du tintement métallique, qu'on peut d'ailleurs réaliser expérimentalement, à l'aide d'un dispositif très simple. Le tintement métallique, qui n'est lié ni à l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, ni à l'éclatement d'une bulle à la surface de l'épanchement pleural, ni au retentissement des râles pulmonaires, n'est en réalité qu'un bruit de flot léger, produit et rythmé par les mouvements diaphragmatiques et qui prend un timbre clair et métallique dans la cavité résonnante de la plèvre.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la bronchite fétide,** par le prof. ROBIN (*Conc. méd.*).

Je vous parlerai maintenant du traitement de la bronchite fétide. La fétidité de l'exhalation et de l'expectoration, son odeur d'ail, sulfureuse, gangréneuse, est caractéristique du groupe morbide que nous allons étudier.

Quand vous consultez les classiques sur cette question, vous y trouvez une assez grande confusion. On a décrit sous ce nom un peu de tout. Il importe de s'y reconnaître et de faire des divisions qui ne soient pas théoriques, divisions importantes surtout au point de vue du pronostic, plus qu'au point de vue du traitement, qui reste le même, ou presque, dans tous les cas.

Je diviserai les bronchites fétides en trois groupes :

Dans le premier groupe, il s'agit d'une simple putréfaction des mucosités bronchiques. Pour cela, interviennent une série de conditions. D'abord, des conditions anatomiques dont la principale est l'ancienneté de la bronchite. Il n'y a qu'exceptionnellement fétidité dans les bronchites aiguës. Pour ma part, je n'ai vu qu'un seul exemple de bronchite aiguë fétide, qui a guéri assez rapidement, et constitue un cas absolument rare. Donc, il faut, en premier lieu, une vieille bronchite. Il faut, en outre, que l'épithélium bronchique ait subi une altération et que les mucosités soient stagnantes.

Il est aussi des conditions générales qui interviennent, la dépression de l'organisme, l'alcoolisme, le paludisme, le diabète, l'aliénation mentale, la misère physiologique. Enfin, une infection est nécessaire.

On a beaucoup discuté sur la nature de l'infection. Certains auteurs l'attribuent à un germe spécial. Les micro-organismes de ces infections sont des anaérobies.

Voilà une première variété de bronchite fétide qui est simple et d'un pronostic excellent. A elle se rapporte également l'affection décrite sous le nom d'ozène des bronches, consécutif ou non à l'ozène nasal.

La deuxième variété de bronchite fétide constitue ce qu'on a appelé la gangrène des extrémités bronchiques, ou maladie de Briquet, ou sphacèle des bronches. Ici, les bases étiologiques d'ordre anatomique sont différentes. La condition essentielle est qu'il y ait eu bronchectasie, dilatation des bronches. L'affection est caractérisée par une série de particularités. D'abord, l'aspect spécial des crachats ; ceux-ci, dans le vase qui les contient, forment une couche inférieure épaisse, une couche moyenne fluide et une couche supérieure, muqueuse, mousseuse. Si vous examinez la couche inférieure, vous y trouvez des magmas (bouchons de Dietrich), petites masses d'apparence caséeuse, de couleur blanc grisâtre ou brune, d'odeur infecte, formées d'acides gras, de débris cellulaires et de produits ammoniacaux. Ces détritus granuleux sont absolument caractéristiques de la forme de bronchite fétide dont je m'occupe. Ils diffèrent des produits de la gangrène du poumon par l'absence de fibres élastiques.

Au point de vue symptomatique, cette deuxième variété se comporte ainsi. Au cours d'une vieille bronchectasie, on voit apparaître une expectoration fétide. On pourrait croire à la gangrène du poumon, mais l'état général reste bon. Les poussées thermiques, d'autre part, n'y atteignent pas l'intensité qu'elles ont dans la gangrène pulmonaire. Puis, sous l'influence du traitement, en quatre ou cinq jours souvent, on voit la fétidité disparaître. Ce n'est là, il est vrai, en général, qu'une rémission, des récidives plus ou moins graves survenant dans la plupart des cas et le malade — quand on n'applique pas le traitement de bonne heure — finit par mourir de cachexie.

La troisième variété de bronchite fétide comprend les cas dans lesquels la fétidité survient au cours d'une broncho-pneumonie. Nous venons d'en avoir deux exemples dans le service. Vous retrouvez ici les éléments étiologiques d'ordre général que j'ai déjà signalés pour la bronchite fétide simple. L'affection s'observe chez les déprimés, les surmenés. Ainsi, notre premier malade était un alcoolique qui fut atteint de bronchite fétide à sa troisième poussée de broncho-pneumonie. C'est à ce moment que, fatigué, abattu, son expectoration devint fétide, tellement fétide qu'on dut l'isoler. Notre deuxième malade est un ancien bronchitique qui tousse depuis des années. Après une première bronchite avec congestion pulmonaire, il sort de l'hôpital ; puis, il y rentre un mois plus tard dans un état grave, porteur d'un foyer de broncho-pneumonie à la base droite. Sa situation s'aggrave encore et il fait de la bronchite fétide. Ces exemples vous montrent les conditions spéciales où survient la bronchite fétide consécutive à la broncho-pneumonie.

Quand on se trouve en face d'une bronchite fétide, quelle qu'en soit le type, qu'il s'agisse d'une forme simple, d'une maladie de Briquet ou d'une bronchite fétide post-broncho-pneumonique, le traitement est le même, et il donne presque toujours d'admirables résultats.

Quel est le danger en l'espèce ? C'est l'infection. L'urgence est de combattre l'infection. A côté et au-dessous se dressent des indications de second plan. La première est de faciliter l'expulsion de ces mucosités putrides. La deuxième est d'éliminer les produits toxiques. La troisième est de soutenir l'état général. La quatrième est d'agir sur le foyer morbide. Mais ces indications secondaires cèdent le pas à l'indication urgente qui est de combattre l'infection. Comment ?

On a essayé de combattre l'infection par la voie pulmonaire, la voie gastrique, la voie rectale, la voie sous-cutanée.

Constantin Paul faisait faire des inhalations avec le liquide suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique.......... | 5 | grammes. |
| Acide thymique.......... | 1 | — |
| Alcool à 90°............ | 20 | — |
| Eau..................... | 109 | — |

Skoda proposait les inhalations d'essence de térébenthine :

| | | |
|---|---|---|
| Essence de térébentine.... | 20 | grammes. |
| Eau....................... | 1000 | — |

Il pulvérisait ce mélange.

Plus tard, on a conseillé le formol, qui est irritant. Béclère a recommandé les injections intratrachéales d'eau oxygénée et d'huile mentholée.

Tout cela est bon, mais il y a mieux. J'emploie une formule, dont je me sers également chez les bacillaires qui ont des infections secondaires. J'associe l'iodure d'allyle, agent essentiellement antiseptique, d'une puissance antiseptique très grande, à l'acide hydrofluosilicique et au goménol. Mais ni le goménol, ni l'iodure d'allyle ne sont solubles dans l'eau et il est nécessaire de les émulsionner. J'ai utilisé, d'abord, pour cela, le bois de panama. Malheureusement, il est très irritant pour les bronches. Je me suis adressé ensuite au lichen carragahen. Voici la formule en question :

| | |
|---|---|
| Iodure d'allyle ........... | 5 grammes. |
| Acide hydrofluosilicique... | 2 à 6 gr. |
| Goménol (ou eucalyptol)... | 10 grammes. |
| Décoction de lichen carragahen q. s. pour émulsionner. | |
| Eau bouillie.... q. s. pour | 1 litre. |

Pour procéder à ces pulvérisations, on prend un grand pulvérisateur à vapeur. On place le malade à 1 mètre, pour qu'il ne reçoive pas la buée directement. On fait une petite cabine au lit avec une toile, formant ainsi un espace clos. Le patient reste dans cette atmosphère confinée où arrive la vapeur. La vaporisation dure dix minutes et le séjour du malade dans l'atmosphère médicamentée une demi-heure. On recommence l'opération toutes les trois ou quatre heures, sans cesser, ni jour, ni nuit.

Dans la médication par voie buccale, on a proposé divers agents thérapeutiques, la teinture d'eucalyptus, l'eucalyptol, la teinture de benjoin, les eaux sulfureuses, la terpine à haute dose. Ces agents sont à repousser. Lancereaux a apporté un grand progrès quand il a préconisé l'hyposulfite de soude.

| | |
|---|---|
| Hyposulfite de soude....... | 4 grammes. |
| Sirop d'eucalyptus......... | 30 — |
| Eau.......................... | 150 — |

Une cuillerée toutes les heures.

L'hyposulfite de soude rend de précieux services, associé à l'antisepsie directe des voies aériennes. On ne doit pas l'employer, toutefois, quand le malade a de la diarrhée.

On a essayé la voie sous-cutanée (les injections d'huile gaiacolée et iodoformée), et la voie rectale, mais tous ces traitements, sauf l'hyposulfite de soude, ne valent pas la voie pulmonaire. L'indication fondamentale est donc réalisée par les inhalations, dont je vous ai indiqué la formule.

J'arrive aux indications secondaires. Faciliter l'expectoration, d'abord. Les inhalations suffisent. Cette indication est remplie par les inhalations. Il n'y a qu'un cas où il faut y joindre autre chose ; c'est quand l'expectoration est très abondante. Dans la maladie de Briquet, il y a quelquefois intérêt à diminuer l'expectoration. On aura recours alors aux injections rectales de créosote :

| | |
|---|---|
| Créosote de hêtre.......... | 10 grammes. |
| Décoction de bois de panama à 20 0/0................. | 90 — |

Chaque cuillerée à café contient cinquante centigrammes de créosote. Injecter dans le rectum une cuillerée à café diluée dans deux cuillerées d'eau. La créosote a une action dessiccative.

La deuxième des indications secondaires est de favoriser l'élimination des produits toxiques. On prescrira, dans ce but, les boissons abondantes, etc., etc.

La troisième indication secondaire est de soutenir l'état général. C'est un point important. Vous possédez un agent actif, l'huile camphrée. Vous en injecterez tous les jours un gramme. C'est un puissant remontant et un antiseptique général. La potion à l'extrait de quinquina est également utile :

| | |
|---|---|
| Extrait de quinquina....... | 4 grammes. |
| Alcool...................... | 40 — |
| Julep gommeux ........... | 120 — |

Vous alternerez cette préparation avec la potion à l'hyposulfite de soude, dont je vous parlais il y a quelques instants. Si le malade est très déprimé, vous ajouterez de l'acétate d'ammoniaque et en même temps, au lieu de lait pur, vous ferez prendre du lait additionné de café.

Enfin, reste à agir sur la lésion locale. Nous disposons d'un seul moyen, le vésicatoire. Vous l'appliquerez seulement si, après quelques jours, vous n'avez pas obtenu un résultat satisfaisant des autres médications.

Résumons le traitement :

1° Inhalations d'iodure d'allyle, d'acide hydrofluosilicique, associés au goménol ou à l'eucalyptol.

2° Injection rectale créosotée quand l'expectoration est considérable.

3° Potion à l'hyposulfite de soude dans tous les cas, sauf s'il y a diarrhée. L'alterner, si le malade est très déprimé, avec la potion à l'alcool et au quinquina, renforcé, au besoin, d'acétate d'ammoniaque.

4° Donner du lait, du café, du champagne.

5° Quand le malade tousse et passe ses nuits sans sommeil, prescrire la poudre de Dover, 0 gr. 40 centigr. en un cachet, le soir.

6° Enfin quand, au bout de 5, 6, 7 jours, l'affection n'a pas diminué, appliquer un vésicatoire.

Quels résultats procure ce traitement ? Bons, en général. Nos trois malades actuels ont guéri. Voilà, en résumé, un traitement simple, facile à mettre en œuvre. Son seul inconvénient — léger, devant son efficacité — est que vous ne trouverez pas toujours aisément dans les officines pharmaceutiques de l'iodure d'allyle et de l'acide hydrofluosilicique

## CARNET DU PRATICIEN

### Pneumonie chez l'Enfant

Boissons abondantes : Lait, bouillon, bouillon de légumes, de poulet, de jarret de veau.

Cataplasmes simples ou sinapisés, ventouses sèches ou scarifiées.

Enveloppements froids du thorax. Bains tièdes.

Deux fois par jour, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Teinture de digitale..... | 1 gramme |
| Antipyrine ............. | 2 grammes |
| Benzoate de soude....... | 2 — |
| Eau distillée............ | 20 — |
| Sirop de sucre......... | q. s. p. 80 cmc. |

Varier les doses selon l'âge.

Soins de la bouche, du nez, du pharynx. Évacuer l'intestin.

Dans les formes légères, quatre fois par jour, faire une lotion tiède avec une grosse éponge imbibée d'eau bouillie tiède où on mettra par litre un verre de vinaigre aromatique du codex. Envelopper l'enfant dans un peignoir et le coucher.

Dans les formes hyperpyrétiques, maintenir l'enfant dans un enveloppement froid général. Laisser 1/2 heure à 1 heure et recommencer toutes les 3 heures.

Dans les formes très graves, bains froids toutes les 3 heures à 25°. Ne pas insister, si la réaction se fait mal.

S'il y a tendance au collapsus, injections de caféine ou potion de caféine.

S'il y a adynamie, potion alcoolique :

| | |
|---|---|
| Extrait de quinquina... | 1 gramme |
| Cognac.................. | 20 — |
| Julep gommeux......... | q. s. p. 80 cmc. |

(D. S. A.)

Contre l'excitation, l'agitation, l'insomnie :

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral...... | 0 gr. 50 |
| Pyramidon .............. | 0 — 50 |
| Sirop d'écorces d'oranges | 20 grammes |
| Eau distillée............ | q. s. p. 60 cmc. |

(D. S. A.)

Si on redoute une issue fatale, frictions au collargol.

Dr Deguy.

### Urticaire chez l'enfant

1. Faire prendre pendant deux à trois jours, 1 à 2 cuillerées à café de :

| | |
|---|---|
| Magnésie anglaise.......... | 15 grammes |
| Soufre lavé.................. | 15 — |
| Crème de tartre............ | 15 — |
| Miel blanc.................. | 15 — |

2. Régime lacté exclusif.

3. Bains de 20, 30 ou 40 minutes dans lesquels on mettra :

| | |
|---|---|
| Gélatine .............. | 100 à 800 grammes |

(Ne pas essuyer l'enfant).

4. Appliquer au pinceau, le soir de préférence, le liniment :

| | |
|---|---|
| Chloroforme pur......... | 2 à 3 grammes |
| Teinture d'aconit......... | 6 — |
| Huile d'amandes douces.. | 90 — |

(Usage externe.)

5. En cas d'excitation la nuit, faire des lotions chaudes de décoction de pavot ou de tabac et poudrer abondamment avec :

| | |
|---|---|
| Talc......................... | 100 grammes |
| Oxyde de zinc............ | 100 — |
| Amidon ..................... | 100 — |

6. Ajouter l'eau alcaline (Vichy), proscrire les conserves, la charcuterie, les coquillages, le poisson de mer, les fraises.

Dr Dauchey.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant* pas *d'eau en bouteille.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant* pas *localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

*En* CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — THORENC (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexeville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

### VILLES DE SAISON

## CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon.**

On nous signale des embellissements de la station (déplacement du champ d'épandage, élargissement des trottoirs, etc.).

**Contrexéville.**

La transformation totale de la station s'opère rapidement et les millions qui se dépensent en ce moment vont faire de Contrexéville une ville d'eaux modèle, coquette, pimpante, toute nouvelle.

**Vichy.**

Nous apprenons avec regret le décès du Dr Gabriel Nicolas de Vichy, ancien maire de cette ville.

**Les jeux.**

Au 3 mars 1909, il a été réparti 3.395.600 francs sur le produit des jeux.

La saison 1908-1909 a produit la somme de 5 millions 618.037 francs qui vont être répartis.

**Entre les cures.**

Il est très recommandé de prescrire entre les cures d'eaux minérales aux sources des saignées uriques périodiques tous les mois ou tous les deux mois avec une cure de dix jours d'urodonal. Ce merveilleux éliminateur d'acide urique, 37 fois plus actif que la lithine est le complément *obligatoire* des saisons aux eaux qu'il remplace le cas échéant, si le malade ne peut s'y rendre et qu'il rend toujours plus efficaces, son action dissolvante ayant drainé l'excès d'acide urique de l'organisme.

**Le Congrès de Physiothérapie.**

Nos lecteurs ont tout intérêt à suivre l'excellent congrès de physiothérapie de Paris. Nous en rendrons compte.

## ÉCHOS

**Pour la Paix.**

La très intéressante Association des médecins de la Paix prend de plus en plus d'extension. Elle se propose de faire en 1911 un grand Congrès où le rôle du médecin vis-à-vis de la guerre sera précisé. Les frais de cette Association sont supportés par notre distingué confrère, le Dr Rivière, 25, rue des Mathurins, Paris. Nous engageons nos confrères pacifistes à écrire à notre collaborateur pour adhérer.

**Aliénés méconnus et condamnés.**

M. le Dr Magnan, membre de l'Académie de Médecine, médecin en chef du Service de l'Administration, signale dans son rapport au Préfet de la Seine, sur le fonctionnement du service en 1908, que 11 aliénés méconnus et condamnés sont entrés, pendant l'année, à l'Asile clinique, venant de prisons. Deux atteints de P. G. avaient été condamnés pour vol. L'un avait pris aux Halles un panier de fraises, racontant le sourire sur les lèvres, cette bonne farce, disait-il, de gamin; l'autre ayant pris tranquillement à l'étalage, devant tout le monde, une boîte de plaques photographiques; un 3e dément hémiplégique, avec épilepsie Jacksonnienne, avait été condamné à un an de prison pour vol. Deux débiles, incapables de pourvoir à leurs besoins, étaient en prison, l'un pour mendicité, l'autre pour vagabondage; un dégénéré persécuté subissait une peine de six mois d'emprisonnement pour violences commises certainement sous l'influence de son délire.

Les cinq autres aliénés méconnus, parmi lesquels un alcoolique chronique très affaibli et un dégénéré persécuté, subissaient des peines variant entre un et 6 mois de prison pour divers délits de peu d'importance : port d'armes prohibé, mendicité, vagabondage.

M. le Dr Magnan ajoute que c'est sur l'observation du personnel des prisons que la plupart de ces malades ont été dirigés sur l'asile, mais il est probable que d'autres aliénés, plus tranquilles, à manifestations délirantes moins apparentes, sont retenus à la prison.

Il termine en indiquant que ce regrettable état de choses cesserait avec une inspection médicale analogue à celle qui s'exerce dans les prisons de Belgique.

**Encore les fiches.**

C'est une question troublante de savoir si, nous aussi, nous devons avoir nos fiches. Il semble bien que rien n'est plus pratique et que ce système économise un temps précieux en nous mettant sur un même morceau de carton le nom du malade, son observation résumée, les jours de visite et un aperçu précis de son compte. Des exemplaires et des brochures sont envoyés gratuitement à nos lecteurs par la maison Standart, 113, rue Réaumur, Paris.

**Comment préparer les conserves.**

Un ouvrage intéressant et documenté vient d'être écrit par M. Weissenthanner, 8, rue Voltaire, à Montreuil-sous-Bois, sur la façon de préparer les conserves; il contient une foule de recettes *pratiques* pour faire diverses conserves dans tous les ménages. Il sera envoyé gratuitement à ceux des lecteurs de la *Gazette Médicale de Paris* qui joindront à leur demande la bande du journal ou cette note.

**Société de Psychiatrie.**

Le bureau de la Société est ainsi constitué pour 1910 : M. Gilbert Ballet, président; M. Ch. Vallon, vice-président; M. G. Deny, secrétaire général; M. J. Voisin, trésorier; M. G. Maillard, secrétaire des séances; MM. Marchand et Meige ont été élus membres titulaires de la Société.

**Exposons à Bruxelles.**

Nous rappelons que l'Exposition de Bruxelles aura une section d'hygiène où nos confrères pourront, pour quelques francs, exposer leurs ouvrages, leurs revues, leurs instruments, etc. Écrire au vice-président, le Dr Lucien Graux, 11 *bis*, rue Villebois-Mareuil, Paris.

**L'heure médicale.**

Existe-t-il des montres médicales? Ceux de nos lecteurs qui désirent des renseignements sur cette question n'ont qu'à écrire à M. Auricoste, horloger de la marine de l'Etat, 10, rue La Boétie, Paris, et lui demander la brochure des montres médicales. Le paiement par mensualités est accordé *exclusivement* aux lecteurs de la *Gazette Médicale de Paris.*

**Questions juridiques.**

La *Gazette Médicale de Paris* a organisé un service de questions juridiques réservé à nos abonnés. Un de nos amis, docteur en droit, répond à titre gracieux à toutes les demandes qui nous sont adressées.

**Comment détruire les parasites des végétaux.**

Un de nos abonnés nous demande les meilleurs procédés connus pour détruire les parasites des végétaux. Voici, d'après Sargent, des recettes efficaces.

*Infusion de tabac* :

1 : 40 comme eau de pulvérisation et de lavages.

*Carbonate de cuivre ammoniacal* :

| | |
|---|---|
| Carbonate de cuivre | 0,065 |
| Carbonate d'ammoniaque | 0,4 |
| Eau ... Q. s. p. | 100 |

*Infusion de pyrèthre* :

Employer la poudre ou les fleurs entières 1 : 40. Si on utilise la poudre, il ne faut pas passer l'infusion, mais bien remuer le mélange.

*Quassia concentré* :

| | |
|---|---|
| Extrait de quassia | 3 |
| Huile camphrée | 2 |
| Savon de potasse | 10 |
| Alcool dénaturé | 5 |
| Eau ... Q. s. p. | 100 |

*Nicotine concentrée* :

| | |
|---|---|
| Nicotine brute | 2 |
| Alcool dénaturé | 5 |
| Savon de potasse | 8 |
| Infusion de quassia ... Q. s. p. | 100 |

**Analyses d'urines et médicales.**

M. Frenkel, docteur ès-sciences, 12, rue de l'Université, à Paris, fait des analyses d'urines, microbiologiques et médicales, avec déductions thérapeutiques pour nos confrères à des prix spéciaux.

**Marques.**

Un certain nombre de nos lecteurs nous demandent fréquemment des renseignements au sujet des *marques*.

C'est là une question très importante et nous engageons très vivement ceux qui s'intéressent aux spécialités pharmaceutiques et aux eaux minérales à s'assurer de la validité du nom qu'ils ont choisi en tant que marque. Combien ignorent tout sur cette matière si féconde en procès de contrefaçons et en ennuis de toutes sortes. Il y a, en outre, des formalités qu'on ne doit pas ignorer vis-à-vis de l'étranger. Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que MM. Weissmann et Marx, ingénieurs civils, 90, rue d'Amsterdam, Paris, répondront à titre gratuit à ceux de nos lecteurs qui leur écriront de notre part et leur fourniront les renseignements que nous ne pouvons pas leur donner nous-mêmes d'une façon suffisamment précise.

## POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

**Une installation complète de 10 appareils pour bains** de lumière et d'air chaud électrique (nouveau système breveté) est à vendre. Prix modéré. On peut acquérir, si on le désire, aussi le brevet. Exposé au Congrès de Physiothérapie.

**Très pressé.** — Docteur reprendrait immédiatement clientèle à Paris ou banlieue immédiate. Recettes 30 à 40.000. Dispose de capitaux suffisants. (2195)

**Docteur** cherche à acheter part d'associé ou part entière de clinique, tuberculose ou peau. (2194)

**Docteur** libre tout l'hiver cherche occupation à Paris: journal, maison de santé, clinique, même peu rémunérée. Références. (2193)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désire trouver place d'assistant dans clinique, maison de santé, gardes remplacements, etc. (2192)

**Ancien Interne** des Hôpitaux désire reprendre clientèle agréable à Paris. (2191)

**Docteur de Lyon** cherche bon poste dans chef-lieu de canton ou petite ville région lyonnaise. (2190)

**Docteur** disposant de capitaux reprendrait ou s'associerait dans affaire para-médicale sérieuse et bien assise. (2189)

**Jeune Docteur** reprendrait à Paris, quartier excentrique, clientèle de 20.000 minimum. Paierait indemnité comptant (2188)

**Docteur** ayant exercé plusieurs années est désireux de reprendre dans la banlieue parisienne un poste de 25 à 30.000. (2187)

**Docteur** ayant poste de campagne cherche clientèle dans ville où il y ait lycée ou collège. (2186)

**Docteur** pressé de s'installer reprendrait immédiatement contre indemnité raisonnable bon poste dans un rayon de 200 kilom. de Paris. (2185)

**Docteur** âgé reprendrait clinique ou cabinet de consultations. (2184)

**Docteur sérieux** ayant références et pratique de la clientèle ferait remplacements toute l'année. (2183)

**Jeune Docteur** serait très heureux de trouver situation dans clinique, maison de santé ou assistant d'un docteur surchargé. Références. (2182)

**CHER.** — Chef-lieu de canton. Pour raisons de santé, on céderait excellent poste. Recettes en progression 16.000. Indemnité raisonnable. (242)

**CENTRE.** — Dans sanatorium. Jeune Docteur disposant de capitaux trouverait situation d'associé en vue de cession ultérieure. (241)

**ORNE.** — A céder poste seul médecin faisant la pharmacie. Recettes 9.000. Faible indemnité. (240)

**OUEST.** — Grande ville. Docteur désire céder clientèle agréable de plus de 30 ans. Recettes 18.000. Grand appartement. Peu de Frais. (239)

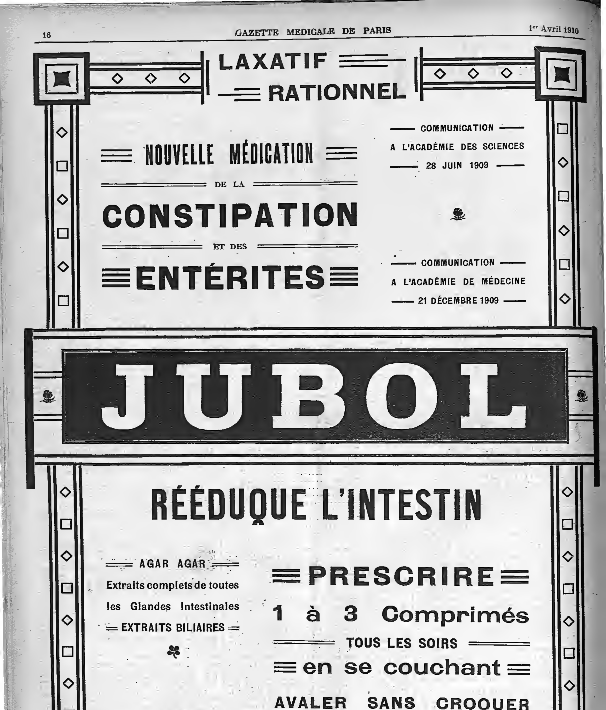
**PARIS XVIe.** — Docteur âgé céderait pour reprise du bail, clientèle agréable. Conviendrait à jeune Docteur célibataire. (237)

**BANLIEUE.** — Maison de santé serait cédée à des conditions exceptionnelles par Docteur ne pouvant plus s'en occuper. (235)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 15.000. Indemnité 9.000. (231)

**PARIS.** — Docteur céderait Établissements d'agents physiques. Préférerait prendre associé. Affaire sérieuse, bien assise, nécessitant peu de travail. (229)

**Cabinet Dentaire.** — Dans grande ville du S.-O. à céder bon cabinet dentaire. Recettes minimum 20.000, loyer 1.400, clientèle riche. Facilités.


LAXATIF
RATIONNEL
NOUVELLE MÉDICATION
DE LA
CONSTIPATION
ET DES
ENTÉRITES
COMMUNICATION
A L'ACADÉMIE DES SCIENCES
28 JUIN 1909
COMMUNICATION
A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
21 DÉCEMBRE 1909
JUBOL
RÉÉDUQUE L'INTESTIN
AGAR AGAR
Extraits complets de toutes
les Glandes Intestinales
EXTRAITS BILIAIRES
PRESCRIRE
1 à 3 Comprimés
TOUS LES SOIRS
en se couchant
AVALER SANS CROQUER
Laboratoires
207, Boulevard Pereire, Paris
Téléphone 592-69
SPÉCIALITÉ RÉGLEMENTÉE

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

| | |
|---|---|
| Paris et Départements | 5 fr. |
| Union postale | 7 fr. |
| Édition Espagnole | 10 fr. |
| Édition Portugaise | 10 fr. |

Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)
Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Le Devoir Médical, œuvre de solidarité confraternelle et mutuelle.**

Il est formé entre les médecins civils ou militaires adhérant aux présents statuts, une Société civile d'assistance mutuelle et de solidarité professionnelle sous le titre de : *Le Devoir médical*. Son siège social est l'Athénée municipal, rue des Trois-Conils, à Bordeaux. Il pourra être transféré partout ailleurs par simple décision du Conseil d'administration.

Cette Société, régie par les présents Statuts et déclarée conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901, a pour but d'assurer aux ayants droit de l'associé qui vient de décéder une somme de dix mille francs environ pour chaque groupe dont il est parlé à l'art. 2 et dont le défunt faisait partie.

Ces avantages sont obtenus par le versement d'une cotisation payable à chaque décès d'adhérent par tous les membres de son groupe, cotisation dont le taux est invariablement fixé pour chaque membre d'après son âge d'admission, et cela pour toute la durée de son séjour dans la Société, suivant les dispositions d'un barème assurant une égalité de charges aussi absolues et aussi permanentes que possible entre tous les sociétaires, quels que soient l'âge de leur admission et le nombre des membres du groupe auquel ils appartiennent.

S'adresser pour plus amples renseignements au Dr Muselli, président, Bordeaux, Athénée Municipal.

**L'Inspection médicale des Ecoles.**

M. Doumergue a saisi les députés d'un projet ayant pour but de régulariser le fonctionnement de l'inspection médicale prévue dans la loi du 30 octobre 1886 sur l'enseignement primaire, mais dont les règles n'avaient été déterminées par aucun texte précis.

En vue d'assurer les voies et moyens et d'aboutir le plus rapidement à une réforme dont l'urgence s'impose, le ministre a emprunté les grandes lignes de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Il a notamment décidé que l'organisation serait départementale.

Le nombres des visites strictement obligatoires a été fixé à deux par an au minimum. Il appartiendra au règlement d'administration publique prévu à article 6 du projet d'en fixer les époques, par exemple la première vers la rentrée des classes et l'autre vers le milieu de l'entrée scolaire.

Quant à la rémunération des médecins chargés de ce service, le conseil général de chaque département en déterminera le mode et le montant. Il déterminera également les circonscriptions médicales et le nombre des médecins-inspecteurs.

La désignation des médecins-inspecteurs appartiendra au préfet.

**Le Congrès de Physiothérapie.**

Ce Congrès a eu lieu avec un très grand succès. Nous publierons dans nos diverses rubriques les analyses des travaux les plus intéressants pour les praticiens. Le prochain Congrès se réunira à Berlin.

**L'Exercice de la Médecine.**

M. Villejean, député de l'Yonne, a déposé son rapport sur l'exercice de la médecine. Il s'agit d'une proposition de loi, adoptée par le Sénat, ayant pour but de modifier le paragraphe premier de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, de manière à obliger les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheurs et les sages-femmes à faire enregistrer leur titre au greffe du tribunal civil et à le faire viser à la mairie, ce avant d'accomplir aucun acte de leur profession.

Le rapporteur, dans l'exposé des motifs, explique ainsi la nécessité de cette modification de la loi.

La loi de 1892, en mettant le jeune praticien dans l'obligation de faire enregistrer son diplôme dans le délai d'un mois, a déjà limité le champ aux manœuvres des illégaux de la médecine ; cependant on en voit profiter de ce délai d'un mois pour s'installer sans diplôme, assurés d'un mois au moins de libre exercice et s'implanter parfois dans une région jusqu'à ce qu'un incident scandaleux vienne les démasquer.

Pour réduire dans une certaine mesure l'éventualité de tels agissements, il serait donc expédient d'exiger l'enregistrement du diplôme des médecins, dentistes, sages-femmes, sans délai ; c'est une formalité rapidement accomplie pour laquelle la production du diplôme ou du certificat provisoire en tenant lieu est la seule pièce exigée.

**La médecine dans la marine.**

M. Henry Chéron vient de prendre une série de mesures pour l'organisation dans les hôpitaux de la marine de cliniques chirurgicales et médicales, de laboratoires de bactériologie, ainsi que de cliniques spéciales pour l'examen et le traitement des maladies des yeux, du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx par la neuropsychiatrie et l'électrothérapie, et enfin de cliniques dentaires.

Les dispositions prises réorganisant entièrement au point de vue technique les établissements hospitaliers maritimes les mettront en mesure de suffire à toutes les exigences modernes de la médecine et de la chirurgie.

**L'assistance aux familles nombreuses.**

M. Argeliès, député de Seine-et-Oise, vient de déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à instituer l'assistance aux familles nombreuses et nécessiteuses.

Après avoir longuement étudié le grave problème social des misères auxquelles sont exposées les familles nombreuses, M. Argeliès développe sa proposition.

Il réclame de l'Etat une contribution au paiement de toute allocation annuelle constituée par les départements et les communes en faveur des familles nécessiteuses comptant au moins quatre enfants âgés de moins de treize ans.

Les articles 2, 3 et 4 de la proposition prévoient les conditions dans lesquelles les conseils généraux et municipaux fixeront les allocations au nom du chef de famille, allocations incessibles et insaisissables.

**Les maladies contractées au service militaire.**

A la date du 21 janvier dernier, M. Albert Sarrault, refondant l'instruction relative au fonctionnement des commissions spéciales de réforme, y avait inséré une disposition en vertu de laquelle toute maladie contractée au cours du service devait être présumée due au service, lorsque les médecins ne pouvaient se prononcer avec certitude sur l'origine de la maladie ; le doute devait bénéficier à l'intéressé. Par une nouvelle lettre, le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre vient de rappeler aux commissions de réforme l'intérêt qu'il attache à ce que cette disposition bienveillante, qui n'a pas encore reçu sa pleine exécution, soit appliquée dans le sens le plus large.

**Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée.**

Un congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée aura lieu cette année à Copenhague vers la fin d'août.

Les personnes qui désireraient assister à ce congrès seront assurées du meilleur accueil en Danemarck. S'adresser au secrétaire M. Haarlov Ministère de l'Intérieur à Copenhague, et envoyer leur adhésion et leur souscription (20 fr.) au Trésorier, Landmandsbanken, Copenhague.

# Le pronostic des abcès dans l'Appendicite

## LEUR TRAITEMENT

Par le Docteur SAVARIAUD
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau

Le pronostic des abcès dans l'appendicite est étroitement lié à leur siège. Plus l'abcès sera directement en contact avec la paroi abdominale, plus il sera isolé du grand péritoine et meilleur sera le pronostic. Un abcès aussi septique qu'on en puisse supposer le contenu, sera d'une bénignité absolue s'il est disposé de telle sorte que ce contenu ne puisse se répandre dans le péritoine. En nous plaçant à ce point de vue, on peut diviser les abcès en abcès antérieurs ou antéro-externes, abcès postérieurs, abcès internes, abcès pelviens. Les abcès antérieurs ou antéro-externes sont en contact direct avec la paroi abdominale. Leur pronostic serait toujours bénin, s'ils ne pouvaient se rompre dans le péritoine. Malheureusement, leur paroi, composée en dedans d'adhérences réunissant les anses intestinales entre elles, est tellement fragile qu'elle peut se rompre sous l'influence de causes extrêmement minimes. L'abcès mal enkysté peut éclater sous les doigts du chirurgien qui le palpe, ou bien sous l'influence de mouvements intempestifs de la part du malade, ou bien pendant le transport de celui-ci sur la table d'opération, ou bien peudant le nettoyage de la paroi abdominale. Ces éventualités, quoique rares, ne sont point des vues de l'esprit. Jalaguier cite le cas d'un enfant qui, porteur d'un abcès enkysté de la fosse iliaque, fit une péritonite généralisée après qu'il eut été examiné par de trop nombreux élèves après le départ du chef de service et sans son autorisation. Lejars cite le cas d'un abcès qui se rompit sur la table d'opération pendant qu'on nettoyait le malade. Moi-même, pendant que je pratiquais sous chloroforme le toucher rectal, je sentis éclater un abcès méso-cœliaque sous la pression qu'un de nos collègues, chirurgien honorable des hôpitaux, exerçait sur la tumeur abdominale pour mieux la présenter à mon doigt. Enfin l'abcès peut se rompre au cours de l'opération dans le péritoine sans que le chirurgien s'en aperçoive, ou tout au moins sa paroi peut se fissurer, par exemple, sous la pression exercée par un drain qui dépasse trop le niveau de la paroi abdominale. Dans un cas observé par moi dernièrement à l'hôpital Trousseau, les choses ont dû se passer de cette manière. L'abcès bien enkysté était en contact avec la paroi. Son incision et son évacuation ne donnèrent lieu à aucun incident, si bien que j'étais si absolument rassuré sur le sort de cet enfant que je négligeai le lendemain d'en demander des nouvelles à mon interne. Ce n'est que le 4e jour que je le vis *in extremis* en pleine péritonite. Seconde opération, mort. L'autopsie ne montra aucune fissure macroscopique de la poche. Celle-ci avait dû cependant exister à un moment. Elle s'était sans doute oblitérée par la suite.

Dans un autre cas relatif à un abcès rétro-cæcal et sur lequel je reviendrai plus loin, l'abcès se fissura pendant les manœuvres de décollement du péritoine qui avaient seulement pour but de préserver ce dernier. Plus heureux que moi, M. Goinard, d'Alger, dans un cas analogue, put s'apercevoir de cette rupture et guérir son malade.

Pourquoi donc cette fragilité des adhérences dans les abcès appendiculaires. Comment se fait-il que certains abcès du péritoine aient une paroi si solide et les abcès appendiculaires point. La réponse à cette question me paraît résider dans la qualité des microbes pathogènes et dans leurs propriétés biologiques. Tandis que certains microbes, comme les pneumocoques par exemple, fabriquent un pus bien lié et d'abondantes exsudations fibrineuses qui doublent la poche, augmentent sa résistance, les microbes anaérobies contenus dans l'appendice déterminent le sphacèle de ce dernier et ne provoquent du côté du péritoine qu'une diapédèse et qu'une réaction insignifiantes. Ils sont sphacélants et non fibronogènes. Le pus des abcès gangréneux est mal lié, souvent ce n'est point du pus véritable, c'est une sorte de bouillon putrilagineux n'ayant aucune des qualités du pus louable. Sur les parois de l'abcès aucune fausse membrane solide et résistante, rien que des adhérences souvent très incomplètes. Comment s'étonner dans ce cas que l'abcès soit d'une fragilité excessive et qu'il se rompe parfois sans aucune cause appréciable et malgré les plus minutieuses précautions prises ainsi que Jalaguier en cite un exemple.

Les abcès postérieurs comprennent deux variétés de pronostic bien différentes. L'abcès bas situé ou abcès *rétro-cæcal*, et l'abcès haut situé, abcès *rétro-colique ou antérénal* qui simule le phlegmon périnéphrétique et vient saillir à la région lombaire. Ce dernier me paraît le plus bénin de tous les abcès, car il est séparé du péritoine par le côlon ascendant et le péritoine pariétal. Il évolue comme un phlegmon périnéphrétique, avec lequel il fut longtemps confondu, et il se traite très simplement comme lui par une incision lombaire.

L'abcès rétro-cæcal a un pronostic bien différent et son incision a été l'occasion de bien des désastres. Cestan a publié, voici 5 ou 6 ans, une petite statistique où il accuse 4 décès sur 7. Cet aveu dans la bouche d'un chirurgien aussi éminent me dispensera de m'étendre davantage. Moi-même j'ai eu à déplorer deux cas de mort. Le premier cas constitua pour moi une surprise. C'était en 1903, nous vivions un peu à cette époque sur cette idée que le péritoine était infiniment plus tolérant qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, qu'il n'y avait qu'à le protéger soigneusement pendant l'opération, au moyen de compresses. Ayant donc sur ma malade diagnostiqué un abcès (je ne recherchais pas à cette époque si l'abcès était anté, ou bien rétro-cæcal), je fis une incision au point le plus culminant de la tuméfaction et tombai dans le péritoine libre. Protégeant alors très soigneusement l'intestin avec des compresses que je renouvelai à la fin de l'opération, j'ouvris l'abcès aussi proprement que possible, c'est-à-dire sans contaminer la grande cavité péritonéale. Malgré mes précautions et à ma grande surprise, je dois l'avouer, mon opérée alla de mal en pis et succomba le 4e jour à la septicémie péritonéale. A l'autopsie les anses intestinales étaient simplement dépolies, il n'y avait ni épanchement, ni fausses membranes dans le péritoine.

Ce cas me fit réfléchir et ayant eu, à quelque temps de là, un cas analogue à traiter (je n'avais point cette fois non plus fait le diagnostic d'abcès rétro-cæcal), je refermai mon incision première et cette fois, instruit par l'expérience, je fis une seconde incision au ras de l'épine iliaque et décollai le péritoine ainsi qu'on le fait dans la ligature de l'iliaque externe, afin d'aborder l'abcès *a posteriori* suivant l'expression imagée de Poirier. Mais il était dit que cette fois encore j'aurais contre moi la mauvaise chance. L'abcès évacué, non sans quelque peine, je croyais ma malade hors d'affaire et je m'applaudissais de ma conduite, lorsque la terrible septicémie péritonéale vint encore une fois m'enlever mes illusions et emporter la malade qui mourut 3 jours après mon opération, sans douleur, sans vomissements, sans ballonnement, en un mot sans aucune réaction locale. A l'autopsie je trouvai une petite perforation de la poche en dehors du cæcum à la partie externe et supérieure de la poche iliaque. Dans le cul-de-sac de Douglas, il y avait à peine un peu de liquide louche.

On comprend qu'avec des lésions péritonéales aussi minimes, un certain nombre d'auteurs se soient demandés si la péritonite était bien en cause, et qu'ils aient répondu par la négative. C'est ainsi que dernièrement, à Lyon et ailleurs, on a invoqué l'action du chloroforme sur le foie. Ce n'est pas sans surprise et sans douleur que j'ai vu des chirurgiens de valeur accueillir avec trop de faveur cette théorie qui a l'avantage à leurs yeux d'innocenter l'acte chirurgical et qui, pour moi, constitue un fâcheux retour en arrière. Si nous nous engageons sans preuves suffisantes dans cette voie dangereuse qui consiste à incriminer l'état antérieur du malade, l'action de l'anesthésique et certaines causes encore mystérieuses et hypothétiques que l'on ne peut prévoir à l'avance, il faudra, si l'on veut rester honnête et logique, renoncer aux trois quarts de la chirurgie contemporaine. Non, ce n'est point de chloroforme que meurent ces malades, ils meurent de septicémie péritonéale, remarquez que je ne dis pas, exprès, de péritonite.

Le professeur Morton (1), de Dublin, qui, dans un article récent, accusait une dizaine de ces morts mystérieuses à la suite de la simple ouverture d'abcès, se demandait si ces décès ne seraient pas dus à l'action combinée du chloroforme et des toxines, auquel cas il faudrait renoncer au chloroforme. Il se demande aussi si la mort ne serait pas due à l'absorption des toxines par la plaie, auquel cas il serait indiqué de cautériser les lèvres de la plaie. J'admets bien volontiers que l'absorption du virus par la plaie toute fraîche peut contribuer à la septicémie à laquelle succombe le malade, mais qu'elle soit suffisante, je le nie, à part peut-être des cas exceptionnels où il y a eu phlegmon diffus de la paroi, et encore! J'ai bien sou-

(1) MORTON. — Les causes de décès dans l'opération de l'appendicite aiguë. *The Lancet*, 22 mai 1909, p. 1450.

vent observé, à la suite d'amputation du rectum, l'invasion de tout le tissu cellulaire des fosses ischiorectales par la gangrène. Les malades sont excessivement choqués, mais ceux j'ai vus ont survécu. Or, la surface d'absorption est au moins dix fois plus grande que celle de l'incision d'une appendicite. Il est vrai, que l'on peut supposer une virulence dix fois plus grande dans cette dernière. En revanche, j'ai vu succomber bien souvent des malades atteints de cancer du col, à la suite de l'hysterectomie abdominale totale. Dans ces cas, le péritoine ayant été bien protégé pendant comme après l'opération, il m'a semblé que l'absorption du poison microbien se faisait par les veines du bassin et son tissu cellulaire, de sorte que je ne puis nier absolument l'absorption par la plaie, mais je considère son rôle comme secondaire. Il faudrait pour l'admettre comme suffisant que l'autopsie montrât l'intégrité absolue du péritoine. Certes, les lésions de la grande séreuse étaient bien minimes dans les deux cas personnels que j'ai relatés, mais elles n'étaient pas de nature à échapper à un observateur prévenu et je crois que, dans les cas du professeur Morton, où l'autopsie put être faite, il en fut exactement de même. En résumé, pour moi, la mort à la suite d'ouverture d'un abcès appendiculaire reconnaît toujours pour cause une lésion péritonéale.

Comment donc éviter celle-ci ? Quand on a diagnostiqué un abcès rétro-cæcal, et ce diagnostic que l'on ne fait généralement pas, parce qu'on n'y pense pas, n'est point au-dessus des ressources de la clinique, il faudra aborder l'abcès *à posteriori*, c'est-à-dire en faisant une laparotomie extra-péritonéale.

Malheureusement, cette opération n'est pas sans danger, le fait personnel que j'ai relaté plus haut et celui de M. Goinard le prouvent. On peut, en ce faisant, faire éclater l'abcès toujours fragile dans le péritoine. Heureux si, comme cet opérateur, on peut s'apercevoir de l'accident et guérir quand même son malade.

L'ouverture transpéritonéale de l'abcès expose à trop de déboires, quelles que soient les précautions prises, pour qu'on pratique l'évacuation extemporanée par cette voie. On a beau protéger le péritoine par des compresses, on a beau changer celles qui sont souillées à la fin de l'opération, ou bien au contraire les laisser en place, quel que soit le procédé employé, les compresses ne tardent pas à s'imbiber de pus et à infecter le péritoine qu'elles étaient précisément chargées de protéger.

Quénu a proposé de faire l'ouverture de ces abcès en deux temps. Lorsqu'on tombe par surprise sur un abcès rétro-cæcal, ou du moins, dit-il, quand on ne trouve pas le pus, il faut tamponner la plaie en portant les mèches aussi près que possible du foyer purulent et la collection s'ouvrira d'elle même au bout de quelques jours. Que si la collection ne s'ouvre pas toute seule, on en pratiquera l'ouverture dans la zone des adhérences. Bien que cette ouverture secondaire ne soit pas toujours facile, surtout quand la plaie est étroite et profonde, cette incision en deux temps me paraît la plus sûre conduite. Par exemple, il faudra attendre un temps suffisant pour que les adhérences soient solides et ne pas montrer trop de hâte, au besoin recommencer le tamponnement, si les adhérences paraissent trop fragiles.

Mais, voit-on écrit dans tous les livres, il est des cas où l'on ne peut attendre, et dans ces cas il faut passer outre. Qu'on me permette de dire ici que je ne connais pas de cas d'abcès bien enkysté où l'on ne puisse attendre. Qui dit abcès enkysté dit bon état général ; si l'état général est mauvais et que le malade ne puisse attendre, c'est qu'il y a péritonite et dès lors, c'est tout autre chose ; loin de redouter l'ouverture du péritoine, c'est elle qu'il faut pratiquer au plus vite. Mais, en cas d'abcès localisé, je le répète, il n'y a point urgence, quoi qu'on en dise. Tous les malades que j'ai eus sous les yeux auraient pu impunément attendre plusieurs jours, voire même une semaine. Leur état général était excellent. La malade qui succomba à l'ouverture extra-péritonéale de son abcès rétro-cæcal lisait son journal dans son lit le jour où je l'opérai et je me rappellerai toujours la surprise et la résistance de cette malade lorsque je lui annonçai que cette opération était absolument nécessaire. En parlant ainsi je ne faisais qu'appliquer ce qu'on trouve écrit dans tous les livres. Partout on lit que la nécessité d'évacuer le pus dès qu'il est collecté est absolument impérieuse. « *Il faut courir au pus, comme le général au canon. Ubi pus, ibi evacua* » et ainsi de suite, toute une série de clichés et d'apborismes dangereux que l'on se transmet de génération en génération, sans réfléchir aux conséquences néfastes qu'elles peuvent avoir quand elles sont appliquées sans correctif et au pied de la lettre.

Certes, il ne faut pas laisser le pus s'infiltrer à travers les différents plans anatomiques, aller depuis les bourses jusqu'au diaphragme, perforer ce dernier et envahir la plèvre, mais, nous ne sommes plus au temps où on laissa mourir Gambetta sans tenter l'opération et entre la temporisation à outrance, qui n'a d'autre cause que l'ignorance, et la temporisation raisonnée, qui est-ce qui ne voit pas du premier coup d'œil qu'il existe un abîme?

Par conséquent, en cas d'abcès rétrocæcal, le tamponnement étant mis au contact de l'abcès, temporisez, attendez que les adhérences soient faites et si l'abcès n'est pas trop volumineux, si la température ne dépasse pas 38°, en temporisant vous pouvez avoir une surprise agréable. Non seulement votre opéré ne mourra pas de péritonite, mais il pourra résorber son abcès, et ne croyez pas que cette éventualité soit rare. Aujourd'hui que je connais bien l'abcès rétro-cæcal et que je m'en méfie, bien qu'il m'arrive encore de tomber sur lui au moment où j'y pense le moins, je tamponne si l'abcès est volumineux, ou bien même je referme et j'attends. Je pourrais vous citer 4 cas pour le moins où l'abcès, peu volumineux, s'est résorbé et où j'ai pu enlever à froid l'appendice.

Ce que je viens de dire de l'abcès rétrocæcal, je pourrais le dire de l'abcès interne, abcès rétro-épiploïque ou méso-cœliaque. Incisez sur la tuméfaction, et si vous tombez sur le péritoine libre, tamponnez et temporisez en attendant que les adhérences soient faites. Peut-être aurez-vous la chance de voir se résorber l'abcès et vous pourrez intervenir à froid.

En ce qui concerne les abcès pelviens, lorsque l'abcès situé dans le cul-de-sac de Douglas bombe dans le rectum, attaquez-le par cette voie. Une pince trocart du genre de celle de M. Reynier est des plus utiles, mais je ne conseille pas le lavage de la poche. Pour avoir lavé un de ces abcès à l'eau oxygénée, du moins je le suppose, j'ai perdu un opéré de péritonite. Pression exagérée, mouvement intempestif, manque de précautions pendant le transport, je l'ignore.

L'ouverture rectale que redoutait Jalaguier en 1898 a fait maintenant ses preuves et je crois que personne n'hésite plus à la faire. Elle constitue de beaucoup la méthode de choix et l'incision périnéale, que j'ai pratiquée aussi, lui est très nettement inférieure.

Lorsque l'abcès pelvien est haut situé, il se confond avec l'abcès méso-cœliaque, à moins qu'il ne vienne au contact de la paroi abdominale, auquel cas il constitue une variété d'abcès antérieur et peut être traité de même.

Comme conclusion, je serais heureux de voir admises les propositions suivantes :

1° La grande fragilité de la paroi des abcès appendiculaires, fragilité qui tient au peu de réaction du péritoine au contact des microbes anaérobies, est cause dans bien des cas de la mort par péritonite. La fissuration ou l'éclatement de l'abcès peut se faire sous l'influence de causes minimes, avant, pendant, après l'opération ;

2° La gravité des abcès est en raison directe de leur situation et des rapports qu'ils offrent avec le péritoine ; ce dernier n'ayant rien perdu de l'intolérance qu'on lui a toujours reconnue ;

3° En présence d'un abcès postérieur, défendu par le péritoine libre, l'indication d'évacuer le pus doit céder le pas aux précautions capables d'effectuer cette évacuation d'une manière innocente.

L'urgence n'est jamais telle qu'on ne puisse retarder l'ouverture jusqu'au moment où des adhérences solides se seront faites au contact d'un tamponnement.

En temporisant ainsi, on aura bien souvent la satisfaction de voir l'abcès se résorber et l'on pourra plus tard faire, à froid, sans danger, l'appendicectomie.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Le séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Porges**, par MM. Tanton et E. Combe.

La réaction de Porges a été expérimentée sur 33 échantillons de sérums. Sur 20 syphilitiques, elle a été positive 12 fois, elle a été négative avec 13 sérums non syhphilitiques. Le précipité apparaît au bout de vingt heures.

L'emploi de solutions, même un peu anciennes (un mois) de glycocholate de soude donne des résultats identiques à ceux obtenus avec des solutions fraîches.

Les réactions de Porges et de Wassermann pratiquées parallèlement dans 16 cas, ont concordé 12 fois et été en discordance 4 fois dans lesquels la réaction de Wassermann était positive et celle de Porges négative. La réaction de Porges a toujours été négative chez des sujets non syphilitiques ; elle est plus fréquente aux périodes primaire et secondaire de la syphilis.

(*Soc. de Biol.*).

# Traitement de la Goutte

PAR LES

## AGENTS PHYSIQUES

*Communication faite au IIIe congrès international de physiothérapie.*

Par le Dr J.-A. RIVIÈRE

Depuis la célèbre expérience du fil de Garrod, la goutte a été considérée comme une essentiellement à l'acidisme humoral et à la rétention des sels uratiques dans les tissus. Le ralentissement nutritif, l'insuffisance des oxydations intra-organiques sont les états généraux qui préludent à cette chimie défectueuse. On conçoit que les agents physiques, éliminateurs et toxilytiques par nature, puissent constituer, ici, une médication étiologique. De plus, en exaltant la gymnastique cellulaire, la physicothérapie active le dédoublement des nucléines et la formation de dérivés thyminiques que Schmoll (de Baltimore) considère comme les meilleurs solubilisants naturels de l'acide urique :

Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour supprimer du régime des uricémiques les aliments riches en purines ou en nucléines, sources fatales de l'acide urique : le riz de veau, le foie, les cervelles, la viande de veau et de porc, le gibier, un grand nombre de poissons, toutes les laitances, les bouillons et extraits de viandes, les fèves, haricots, pois et lentilles, la bière, etc., doivent être éliminés de la table du goutteux. Le lait, le beurre, les œufs, les céréales, les légumes verts, les fruits bien mûrs formeront la base de son alimentation. Ce qui prouve l'utilité de ce régime, c'est que, en dépit de la restriction de l'azote, les malades se sentent plus forts, plus résistants ; leurs excrétions alvines et urinaires s'accomplissent mieux et leurs déchets organiques se réduisent au minimum.

Comment expliquer la prédilection de la goutte pour le gros orteil ? On a invoqué le ralentissement circulatoire, le traumatisme, la gêne de la circulation veineuse dans une articulation très serrée, la plus éloignée du cœur. En réalité, la pauvreté vasculaire des dépôts est une cause prédisposante des tissus tophacés, par la diminution de l'alcalinité locale (et des oxydations, par conséquent) et par le ralentissement d'une lymphe particulièrement riche en acide urique. Ce qui est certain, c'est que le traitement physicothérapique local possède (ainsi que nous le verrons plus loin) une influence notoire, pour obvier à l'excès de production de l'acide urique et à sa rétention dans les articulations. L'équilibre trophique se rétablit, au fur et à mesure que se perfectionne le processus de désintégration cellulaire. La goutte est un état général à manifestations toujours localisées.

La plupart des uricémiques sont des sédentaires, des travailleurs intellectuels, des surmenés mentaux par les affaires et les plaisirs. Il paraît certain que l'inhibition nerveuse est une cause d'insolubilisation urique ; c'est un fait que j'ai déjà fait pressentir dans mon travail sur le nervisme, où j'ai montré l'action de la névrarchie sur le trophisme général. Dans ces conditions, la physicothérapie obvie au défaut d'exercice actif, en favorisant, sous toutes ses formes, la gymnastique cellulaire et la dépuration des tissus. Sous son influence, l'albumine s'élabore normalement, la matière azotée se transforme d'une façon correcte. En modifiant utilement les réactions nerveuses, elle est prophylactique d'accidents ultérieurs et maîtrise les tendances (héréditaires ou acquises) d'un métabolisme défectueux. Quand les fermentations intestinales et la torpidité hépatique annoncent l'attaque probable, un cachet de calomel suffira, le plus souvent, à enrayer l'éclosion goutteuse chez le sujet modifié par la physicothérapie rationnelle.

La dyscrasie goutteuse se manifeste volontiers, de nos jours, par l'insuffisance rénale et par les troubles circulatoires aboutissant à l'hypertension. Dans ces formes viscérales et larvées, la physicothérapie est tout aussi puissante. Elle restitue la perméabilité rénale en chassant les composés et autho-acides et autres depuis longtemps emmagasinés par l'inertie nutritive. Il en est de même dans le traitement des formes larvées de la diathèse urique : gravelles, migraines, névralgies, hémorroïdes, asthme, eczéma, obésité, diabète, goutteux, etc., où le plasma sanguin charrie toujours de l'acide urique en excès. Les agents physiques s'accordent tous à rehausser la vitalité organique des malades et à fortifier leur protoplasma cellulaire : ils triomphent, par conséquent, des accidents majeurs ou mineurs de la goutte, à détermination articulaire, musculaire, nerveuse, cutanée ou viscérale (foie, reins, etc.) et redressent les perturbations les plus prononcées dans les échanges cellulaires. Ils contrebalancent, enfin, dans une certaine mesure, les viciations bradytrophiques dues à cette sorte de trophonévrose constitutionnelle invoquée par notre éminent maître Lancereaux pour expliquer la pathogénie de la diathèse et de ses nombreux équivalents cliniques. Ne devient pas goutteux qui veut : en dehors de l'insuffisance des combustions et du ralentissement des oxydations, il faut admettre, à la dyscrasie goutteuse, la prédisposition neuro-arthritique. La goutte serait, pour nous, une intoxication xantho-urique exogène, mais reconnaissant une origine endogène, chez des prédisposés cellulaires par insuffisance névrarchique.

Rien n'est plus nuisible, au cours de l'accès aigu, que l'administration, à dose lourde, de morphine, colchicine, salicylates, etc., formulés sous le fallacieux prétexte d'apaiser la douleur. L'accès aigu est un émonctoire naturel qu'il faut savoir respecter dans une certaine mesure, un acte de défense, une sorte de remède *très amer*, comme le disait Sydenham, mais dont le caractère providentiel semble indéniable pour tout clinicien. Tous les agents chimiques capables de déprimer la circulation, de paralyser la fonction rénale, de retarder l'élimination des déchets toxiques de l'intestin, exposent les malades à de redoutables accidents. Le moins qu'on puisse reprocher à ces drogues, c'est de dévier la diathèse, d'éterniser et d'aggraver ses manifestations ; je ne parle pas des métastases mortelles, qui ont été maintes fois observées et sur lesquelles ont insisté Trousseau et ses élèves.

Il est permis, toutefois, de diminuer la douleur locale par des applications électrothermiques locales ou par des courants continus de faible ampérage. Ces moyens ne sauraient faire rétrocéder la goutte, tout en diminuant le gonflement et la tension locale, ainsi que la phlogose si pénible qui en résulte. Le courant électrolytique faible est très apprécié par les patients comme moyen sédatif.

En revanche, tous les agents de la physicothérapie doivent être dirigés contre le tophus, véritable ennemi, parce que (ainsi que le disent fort bien Lumière et Gélibert) il constitue un danger permanent d'infection, une cause d'ankylose et de déformation, un énergique dissolvant des lamelles osseuses ; enfin, un redoutable aliment de réserve pour la goutte. C'est ainsi que certains massages maladroits lancent dans la circulation les éléments toxi-uriques, fauteurs de nouvelles attaques. Si l'on ajoute au massage (surtout vibratoire) les bains de lumière et les applications alto-fréquentes d'effluves, on n'observe, au contraire, que des résultats avantageux. Mais il faut toujours, parallèlement, et selon notre méthode, songer à la lixiviation du sang par les laxatifs, les diurétiques et les diaphorétiques.

Le massage et la faradisation, les mouvements passifs de la gymnastique automotrice manuelle ou mécanique (doucement fractionnés sans aucun surmenage thérapeutique), entraînent la récupération graduelle des aptitudes fonctionnelles locales. De plus, le travail musculaire détruit et élimine l'acide urique, grenier hématique de la goutte. Les bains hydro-électriques locaux et généraux, les bains de $CO^2$ activent aussi la résorption des dépôts uratiques. Les bains thermo-lumineux sont encore de très remarquables agents de résorption des tophus.

Les goutteux n'aiment pas l'eau froide : il faut leur réserver les pratiques d'hydrothérapie tiède, chaude ou écossaise et ne pas pousser trop loin la médication hydriatique, lorsque la réaction imparfaite indique que l'organisme est réfractaire au traitement. L'hydromassothérapie, massage sous l'eau, douche d'Aix, etc., convient surtout aux goutteux chroniques, à localisation musculo-tendineuse.

L'ion lithium a été préconisé, pour la première fois, un peu théoriquement, par Edison et réalisé en France dans les pédiluves suivant la formule Labatut, Jourdanet et Porte. Pour ma part, j'emploie, depuis longtemps déjà, au lieu du chlorure de lithium, le salicylate ou l'iodure de lithium, et je me contente d'un courant de 50 milliampères durant dix minutes. Comme l'a très bien dit Guilloz, 25 à 30 séances sont nécessaires pour l'obtention de résultats probants. La mobilisation active et lente, la rééducation motrice achèvent, le plus souvent, la guérison, triomphant des empâtements articulaires chroniques et prévenant les récidives de la goutte aiguë. Dans la médication ionothérapique, les résultats utiles sont dus aux actions ioniques et au courant continu lui-même. Wallyanoz a publié divers cas de guérisons de sciatique goutteuse par

l'ionisation salicylée : ces améliorations s'obtiennent aussi par le courant continu simple. (Voir les remarquables travaux de Ledne sur l'ionisation).

En s'appuyant sur ce fait que l'eau distillée absorbe très facilement les substances salines, l'éminent professeur M. Leyden la conseille en bains locaux tièdes. Mais ces bains sont beaucoup plus actifs, lorsqu'ils sont rendus hydro-électriques : sous leur influence, les accès ultérieurs deviennent moins violents et plus rares.

Les courants de Morton nous ont rendu aussi de réels services dans les formes douloureuses et déformantes de la goutte. C'est un bon tonique sedatif et diffusible des tissus musculo-nerveux, un décongestif de premier ordre, qui perfectionne les échanges nutritifs et les actions vaso-motrices. Il n'est pas rare de constater, sous l'influence de ce traitement, une notable amélioration, dès les premières séances. Les phénomènes douloureux s'atténuent, la marche devient facile et le retour du membre à son état normal s'effectue graduellement.

Grâce à son action essentiellement trophique, énergique et rapide, la d'arsonvalisation ou autoconduction a sa place marquée dans le traitement des goutteux. Le relèvement des forces, l'assimilation meilleure, le retour du sommeil et du bien-être physico-mental, l'augmentation du coefficient respiratoire et de la chaleur animale, les décharges uriques favorables, telle est l'action complexe, observée chez les goutteux placés dans la cage du grand solénoïde ou sur le lit condensateur. D'autre part, les échanges nutritifs locaux peuvent-être parallèlement accrus par le moyen des effluves qui augmentent les mutations moléculaires et perfectionnent les oxydations, tout en rendant les exsudats plus sensibles à l'attaque des phagocytes. Le goutteux retire de ces pratiques le même profit d'intime combustion qu'il retirerait d'un exercice énergique, avec la fatigue musculaire en moins...

Activer la circulation, empêcher les stases, remédier aux impotences musculaires, mobiliser les articulations par la résorption progressive des exsudats, tel est le but complexe poursuivi et atteint par la kinésithérapie, qui reconstitue les tissus malades en ressuscitant, bio-mecaniquement, leur fonctionnement physiologique et amplifiant leurs aptitudes. Active ou passive, la kinésithérapie stimule les processus de régénération, de reconstitution, pourvu qu'elle soit appliquée dans de prudentes proportions, mesurée et dosée, en quelque sorte, comme un médicament. On commence par les effleurages, la vibrothérapie, la rééducation auto-motrice, pour arriver finalement aux manœuvres fortes du tapotage, de l'expression, des tractions et percussions, pratiquées soit par massothérapie directe, soit par des appareils mécanothérapiques perfectionnés. En dehors des manœuvres locales, la kinésithérapie hépatorénale doit être recommandee à tous les goutteux, parce qu'elle favorise admirablement les éliminations uriques.

La thermothérapie mérite une place à part dans la cure physique de la goutte. Son but est de vasculariser les régions malades par une hypérémie active assez abondante pour augmenter les défenses naturelles. L'air chaud, appliqué directement sur les surfaces articulaires, est habituellement très bien supporté et même sédatif. Après quelques séances d'air surchauffé, les articulations se déraidissent, par vasodilatation et diaphorèse : les exsudats hétérogènes s'éliminent et se résorbent, les déformations disparaissent et les mouvements redeviennent normaux.

Nous laissons à des confrères plus autorisés la mission de parler des eaux minérales dans le traitement de la goutte.

Et cela, d'autant plus que les pratiques hydriatiques externes (à Vichy comme à Carlshad, à Kissingen comme à Royat) s'effacent absolument devant l'action interne de l'eau en boisson. C'est en modifiant la crase du sang, en favorisant les recorporations que la cure thermo-minerale se montre véritablement anti-goutteuse et anti-urique.

### Résumé et Conclusions

1° Eliminateurs, toxilytiques et soubilisants, les agents physiques constituent, dans la goutte, une véritable médication etiologique ;

2° Aidés du régime alimentaire et de l'aérothérapie sous toutes ses formes, les agents physiques luttent contre l'uricémie en neutralisant les tristes effets de la sédentarité et du surmenage nerveux, en assurant la gymnastique cellulaire et la dépuration des tissus, ainsi que l'élaboration normale des substances azotées dans l'organisme ;

3° Il ne s'agit pas seulement des formes articulaires de la goutte normale, aiguë, subaiguë ou chronique ; les formes larvees, viscérales, artérielles, hépatiques, rénales et nerveuses de la dyscrasie urique bénéficient, à un degré égal, des applications physicothérapiques, qui fortifient le protoplasma cellulaire et modifient la trophonévrose arthritique.

4° En thèse générale, il ne faut pas chercher, avec trop d'énergie, à faire disparaître les manifestations aiguës de la goutte. On se bornera à les calmer par la chaleur, la lumière, les courants continus faibles.

5° Le tophus, voilà l'ennemi. Une vibrothérapie methodique, les effluves altofréquentes, la faradisation, la kinésithérapie auto-motrice, la thermothérapie, les bains hydro-électriques et de $CO^2$, les bains de lumière, etc... activent singulièrement la résorption des exsudats uratiques.

6° L'ionisation est contestable comme méthode curative énergique : mais l'action électrolytique, médicamenteuse ou non, nous a toujours paru favorable, ainsi que les courants de Morton les bains triphasés, etc., dans la goutte avec tophus.

7° La haute frequence générale et locale, la kinésithérapie active et passive, la rééducation auto-motrice, le massage méthodique et la thermothérapie s'appliquent surtout aux formes chroniques et rebelles de la dyscrasie urique. Mais on peut utilement, dans les formes classiques ou subaiguës, employer ces methodes resolutives et toni-sedatives, pourvu qu'elles soient dirigees prudemment et dosées, pour ainsi dire, au prorata des idiosyncrasies à traiter.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Action néphrotoxique des aliments albuminoïdes d'origine animale. Accoutumance.**

MM. Linossier et G.-H. Lemoine, au cours de recherches relatives à l'action néphrotoxique des divers aliments albuminoïdes d'origine animale, ont observé que l'injection sous-cutanée de macérations de viande de cobaye ou de lapin provoque de l'albuminurie et des lésions rénales. Si l'on pratique des injections en série au cobaye, l'animal *s'accoutume* et peut supporter, sans albuminurie, des doses plus fortes que celles qui, au début, en provoquaient.

Cette accoutumance n'existe ni pour tous les animaux, ni pour toutes les albumines. Le lapin ne s'accoutume pas au blanc d'œuf. Il est curieux que l'accoutumance à l'action toxique de la viande est tout à fait indépendante du développement des précipitives.

Le lapin qui développe beaucoup de précipitives ne s'accoutume pas, tandis que le cobaye qui n'en développe pas, s'accoutume.

(*Soc. de Biol.*)

**Variations de la conductibilité électrique du sérum sanguin.**

Pour MM. Javal et Boyet, la cryoscopie du sérum sanguin donne une mesure de sa concentration moléculaire globale, la résistance électrique, ou inversement sa conductibilité permettent d'apprécier la part qui, dans la concentration totale, revient aux substances salines à l'exclusion des molécules organiques. Ces deux procédés d'étude se complètent donc utilement.

Nous avons examiné par ces méthodes physiques 30 sérums recueillis chez des malades atteints d'affections diverses. Il ressort de nos recherches que la conductibilité des sérums progresse assez régulièrement en même temps que leur richesse en chlorures.

La conductibilité du sérum passe pour être chez l'homme sain extrêmement fixe. Dans les cas pathologiques on voit de grandes variations et il n'y a pas plus isoconductivité d'un malade à l'autre que d'un liquide à l'autre chez le même malade.

Les augmentations de la conductibilité électrique du sérum sanguin sont le témoin de la chlorurémie.

(*Soc. de Biol.*)

**A propos de la réaction de Meyer dans les néphrites. Importance de la distinction en néphrites dégénératives et néphrites congestives.**

Depuis quelques mois, on utilise couramment la réaction de Meyer à base de phénolphtaléine pour dépister les néphrites les plus légères et notamment les hémorragies histologiques du rein au cours de la scarlatine. On aurait tort de conclure de la néphrite aiguë scarlatineuse aux autres variétés de néphrites et il ne faudrait pas croire que la réaction de Meyer est le procédé le plus sensible pour diagnostiquer le début d'une néphrite aiguë. En effet, M. Paisseau et Léon Tixier viennent de montrer qu'à côté des agents toxiques, comme la cantharide, qui ont une action prédominante sur l'appareil vasculaire du rein (*néphrites congestives*), à côté des substances comme le sublimé qui, à des doses moyennes, occasionnent des lésions diffuses (*néphrites mixtes*), il existe des toxiques dont le nitrate d'urane est le type, qui lèsent uniquement les cellules des tubes contournés (*néphrites dégénératives*).

Les auteurs ont réalisé des néphrites dégénératives expérimentales dans lesquelles les lésions de l'épithélium rénal entraînaient une al-

buminurie importante (10 grammes) avec réaction de Meyer négative.

La distinction anatomique en néphrites congestives et néphrites dégénératives sur laquelle insiste Castaigne possède donc également une valeur clinique. (*Soc. de Biol.*).

## REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

**La Lécithine dans la syphilis et les affections parasyphilitiques,** par le Dr Peritz (*Société de médecine interne et de pédiatrie de Berlin*).

L'importance des substances lipoïdes pour les fonctions de l'organisme est des plus grandes : ce sont elles qui par leur combinaison avec les sels minéraux donnent lieu à la formation ainsi qu'à la dissolution de membranes semi-perméables à la surface des cellules. On sait que, d'après la théorie ingénieuse de M. Nerst, les différences de potentiel qui se forment le long de telles membranes, par suite de la différence des concentrations d'ions, dans les espaces qu'elles séparent engendrent notamment l'énergie nerveuse. Quoi qu'il en soit, c'est dans le système nerveux central que l'on trouve le plus de lipoïdes et particulièrement de lécithine ou plutôt par des combinaisons lécithino-salines que sont enveloppés et isolés les uns des autres les cylindre-axes.

Il est évident qu'en cas de troubles morbides le rôle fonctionnel des lipoïdes se trouvera altéré. Déjà dans la simple narcose les anesthésiques doivent traverser la gaine de lipoïdes pour arriver au nerf. De fait, MM. Overton et H. Meyer ont constaté que ce sont précisément les corps solubles dans les lipoïdes qui possèdent des propriétés anesthésiques. D'autre part, comme les solubilités sont toujours réciproques, la présence dans le sang d'un anesthésique déterminera une lipémie ; c'est ce que M. Reicher a constaté par l'analyse chimique. On sait, d'après les recherches de M. Klemperer, que les diabétiques sont également parfois des lipémiques. Or, cette perte en lipoïdes, qui intéresse en premier lieu le système nerveux central n'est pas sans provoquer certains troubles et, si des diabétiques sont susceptibles de présenter des phénomènes tabétiques comme, par exemple, l'abolition des réflexes rotuliens, ce faux tabes s'explique (de même que le vrai tabes) par l'inhibition des centres de la moelle épinière.

Les toxines de plusieurs maladies infectieuses telles que le tétanos, la diphtérie, la tuberculose ont également une grande affinité pour les lipoïdes tout comme les anesthésiques. Je ne citerai à cet égard que les recherches de M. Calmette sur les rapports qui existent entre la tuberculine et la lécithine. D'ailleurs, tout importants que sont les résultats obtenus par cet auteur, j'estime que la syphilis, vu sa longue durée, permet encore mieux d'étudier les altérations de la lécithine dans les états morbides. Etant donné que dans la réaction de Wassermann la lécithine est susceptible de figurer comme antigène, il est évident que la toxine syphilitique jouit d'une grande affinité pour cette substance. D'autre part, si la réaction de Wassermann fait défaut alors qu'il y a lieu de s'attendre à un résultat opposé, c'est souvent l'augmentation de la lécithine du sang qui en est cause. On peut s'en rendre compte expérimentalement en faisant absorber à des syphilitiques offrant une réaction positive de fortes doses de lécithine. Aussi, quand après un traitement mercuriel la réaction cesse d'être positive, y a-t-il lieu de se demander si ce résultat est bien dû à la guérison ou simplement à une augmentation de la lécithine du sang. On constatera souvent qu'il ne s'agit que d'une augmentation de cette dernière et que au bout de quelques semaines, l'état sera le même qu'auparavant. Il est à noter, d'après les recherches de MM. Calmette, Lehndorff, von Bergmann et Reigner et les miennes, que la teneur du sang en lécithine est en général plus élevée chez le syphilitique que chez l'homme normal. C'est probablement la présence dans le sang de la toxine syphilitique qui entraîne celle d'une plus grande quantité de lécithine dans la syphilis, la toxine et la lécithine formant un composé chimique ou physico-chimique. Quand, outre cette combinaison, il existe un excès de toxine libre, c'est par une réaction de Wassermann positive que se trahira sa présence.

C'est principalement le système nerveux central qui se trouve lésé par les pertes continuelles en lécithine que l'on constate durant la syphilis. De fait, les tabétiques et les paralytiques généraux présentent outre une lipémie très accentuée, des éliminations considérables de lécithine par les fèces, même avec un régime aussi pauvre en lécithine que le lait qui n'en renferme guère que 0.5 p. 100. D'ailleurs, le taux de la lécithine fécale subit chez ces malades des variations notables tout à fait indépendantes de celles que l'on constate dans leur sérum (le taux de la lécithine chez l'homme normal est beaucoup moins variable). Il semble donc que la lécithine avant d'être éliminée passe par quelque organe capable de la retenir. C'est probablement le foie qui régularise le débit de la lécithine. D'autre part, ce n'est pas seulement la moelle et le cerveau dont la teneur en lécithine est diminuée dans les affections parasyphilitiques, comme M. Bornstein l'a montré par l'analyse directe ; il en est de même de la moelle des os, où il n'a pas été trouvé de lécithine dans 3 cas sur 14 que j'ai examinés en collaboration avec un chimiste, M. Glikin. En un mot, c'est l'organisme entier qui est atteint par l'élimination exagérée de lipoïdes. Aussi faut-il considérer le tabes et la paralysie générale comme des maladies constitutionnelles, et non pas exclusivement nerveuses. Pour ce qui est de leur traitement il doit d'abord être étiologique, c'est-à-dire mercuriel dans la phase primaire de la maladie et, plus tard, symptomatique, c'est-à-dire lécithinique pour obvier aux pertes en lécithine. C'est en injectant de la lécithine en grandes quantités que j'ai pu faire réapparaître des réactions pupillaires qui avaient disparu, améliorer les troubles de la sensibilité, etc.

## REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

Notre distingué collaborateur, M. René Bloch, avocat à la Cour de Paris, nous adresse le texte d'un jugement du Tribunal de Cosne et d'un arrêt de la Cour de Bourges, rendus sur ses plaidoiries. Nos lecteurs apprécieront ces décisions dont la *Gazette Médicale* est la première à donner le texte *in extenso*.

**Médecin — Responsabilité — Faute — Preuve Refus d'enquête et d'expertise**

Si les médecins ne sont pas à l'abri de la responsabilité qui incombe en général à tous les praticiens, cette responsabilité ne saurait exister que dans le cas d'une faute professionnelle lourde et grossière, résultant d'une ignorance profonde ou de l'inobservation absolue, par le fait de leur négligence ou de leur maladresse, des règles de leur art (1).

Lorsqu'une action en responsabilité est intentée à un médecin à raison d'une faute lourde qu'il aurait commise dans l'exercice de son art, le juge ne peut ordonner une expertise sur la prétendue faute, que si elle est de nature à porter sur des faits précis et bien définis, et sur lesquels les experts puissent se former une opinion personnelle, sans être obligés de recourir aux témoignages des tiers (1).

Ces principes résultent de l'espèce suivante, dont les détails sont exposés dans ce jugement.

Le Tribunal civil de Cosne avait, le 15 décembre 1908, rendu le jugement suivant :

Le Tribunal, après avoir entendu à l'audience publique les avoués et avocat des parties en leurs conclusions et moyens de plaidoiries, M. le Procureur de la République en ces conclusions orales ;

Après en avoir délibéré, conformément à la loi, jugeant en matière sommaire et premier ressort ;

Attendu que prétendant que la perte de son œil gauche, qu'il a éprouvée dans le courant de mil neuf-cent sept, est la conséquence d'une maladresse ou d'une imprudence du Dr X..., de L..., lequel en tentant inutilement d'extraire une dent cariée de sa mâchoire supérieure, aurait percé un abcès qui s'était formé dans sa gencive au-dessus et du même côté que cette dent, Ch., domestique à L..., a assigné ledit Dr X... devant le Tribunal civil de céans en 5.000 francs de dommages-intérêts ;

Attendu que si les médecins ne sont pas à l'abri de la responsabilité qui incombe en général à tous les praticiens, cette responsabilité ne saurait exister que dans le cas d'une faute professionnelle lourde et grossière résultant d'une ignorance profonde ou de l'inobservation absolue, par le fait de leur négligence ou de leur maladresse, des règles de leur art ;

Attendu que dans l'espèce actuelle, cette faute lourde ne se dégage pas nécessairement de l'opération des plus simples à laquelle s'est livré le Dr X..., qui, n'ayant pu parvenir à extraire la dent malade, prétend avoir délivré à Ch., une ordonnance lui prescrivant un cataplasme uni à un antiseptique, ordonnance que Ch., qui n'en nie pas la délivrance, ne rapporte pas ;

Qu'il ne rapporte pas davantage les certificats médicaux de nature à faire présumer qu'il existe entre la crevaison de l'abcès de sa mâchoire et l'usage maladroit de l'instrument plus ou moins propre dont s'est servi le Dr X..., la moindre relation de cause à effet ;

Que bien, au contraire, il paraît résulter des termes mêmes du certificat délivré à Ch. par les Drs P... et D..., que c'est le Dr P... et non le Dr X... qui a ouvert l'abcès dont il s'agit ;

Qu'au surplus le Dr X... l'eût-il ouvert lui-même il est vraisemblable que cette opération n'eût entraîné aucune conséquence fâcheuse si Ch. se fût immédiatement et strictement conformé aux prescriptions médicales de l'ordonnance qui lui fut remise, notamment en ce qui concerne l'emploi d'un antiseptique ;

Attendu qu'aucune relation directe ne paraissant exister entre l'opération dentaire à laquelle a procédé le Dr X... et la lésion de son œil gauche dont Ch. se plaint, il s'ensuit que ce dernier doit être tenu en ce qui touche l'indication de la faute, de l'imprudence ou de la maladresse qu'il reproche au Dr X... à une extrême précision, de pareilles imputations, même lorsqu'elles ne sont pas fondées, étant de nature à porter une grave atteinte à la considération professionnelle d'un praticien, mais que cette précision nécessaire, indispensable à l'exercice d'une pareille action (V. en ce sens Trib. Lille, 13 déc. 1894. *Gaz. Pal.*, 1892, 1 supp. 12) ne se rencontre pas ;

Que c'est ainsi que dans la requête préliminaire à son exploit introductif d'instance, Ch. excipe d'une façon générale de la maladresse ou de l'imprudence dont aurait fait preuve le Dr X..., sans indiquer de laquelle des deux il s'agit, ni en quoi elle consiste, ni de quelle ma-

(1) Jurisprudence constante.

(1) Voir en ce sens : Trib. civ. Lille, 13 décembre 1894. *Gaz. Pal.* 1895, 1 supp. 12 Trib. civ. Toulouse, 25 mai 1907. *Gaz. trib. midi.* 14 juillet 1907.

nœuvre spéciale il prétend la faire dériver et que cette requête contient elle-même certaines inexactitudes de fait, notamment en ce qui touche la date des secours qui lui furent apportés par les Drs P... et D..., ce dernier chirurgien-dentiste, aux termes de ladite requête, furent mandés en toute hâte, alors qu'il est constant que ces deux docteurs ne se sont rendus auprès de Ch. que deux jours après la tentative infructueuse d'extraction de la dent faite par le Dr X..., c'est-à-dire le 11 août 1907 ;

Attendu qu'à la vérité Ch., dans ses conclusions subsidiaires, articule et offre de prouver un certain nombre de faits tendant à la confirmation de ce qu'il avance et notamment que son œil était parfaitement sain quand il s'est rendu chez le Dr X..., lequel ne pouvant extraire sa dent cariée, perça l'abcès de sa gencive, opération à la suite de laquelle étant rentré chez lui, son œil gauche s'enflamma.

Mais que ces divers faits fussent-ils établis n'emporteraient pas la preuve d'une faute lourde engageant la responsabilité du Dr X..., et que cette offre de preuve n'est étayée sur aucun document de nature à rendre vraisemblables les faits allégués.

Qu'il n'échet donc pas d'ordonner cette preuve, laquelle ne présenterait aucun caractère concluant ;

Attendu qu'il en est de même de l'expertise sollicitée, laquelle en tant que tendant à l'audition de témoins médicaux ayant prêté à Ch. le secours de leur art, en dehors des règles tutélaires de l'enquête, constituerait, s'il y était procédé, une violation absolue des règles en cette matière ;

Que pour ces divers motifs, il convient de repousser la demande de Ch. qui, victime d'un accident regrettable se rattachant probablement à une cause physiologique secrète et difficile à déterminer, ne saurait en rendre responsable le Dr X... dont l'expérience professionnelle ne saurait être mise en doute ;

En ce qui touche la demande reconventionnelle ; attendu que l'imputation dirigée un peu à la légère contre le Dr X... est bien de nature à lui causer un certain préjudice par la publicité dont elle a été l'objet ;

Que dans ces conditions, la demande reconventionnelle d'un franc de dommages-intérêts par lui faite, paraît au Tribunal fondée ;

Par ces motifs :

Rejette la demande de Ch., tant principale que subsidiaire, et admettant au contraire la demande reconventionnelle du Dr X..., condamne Ch. à lui payer la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts, et, statuant sur les dépens, condamne Ch., qui succombe à les supporter.

Sur appel de Ch..., la Cour a rendu l'arrêt suivant :

La Cour,

Adoptant les motifs des premiers juges,

Considérant, en outre, qu'il paraît impossible en l'état d'ordonner les mesures d'instructions sollicitées ;

Que la situation de Ch... antérieurement à l'opération du 9 août 1907, n'a été l'objet d'aucune constatation à laquelle il soit permis de se référer ; que l'opération même n'a eu aucun témoin et n'a pas été suivie d'observations immédiates de la part de témoins compétents et désintéressés dans la cause ;

Qu'il serait donc impossible d'apprécier scientifiquement des faits précis et d'en tirer des conséquences au point de vue de la responsabilité du Dr X... ;

Qu'il serait non moins imprudent de vouloir tirer des déductions de l'état actuel de Ch... après un si long temps écoulé depuis l'opération ;

Par ces motifs :

Déclare Ch... mal fondé dans ses conclusions, l'en déboute ;

Confirme le jugement entrepris ;

Condamne Ch... à l'amende et aux dépens.

Présidence de M. Plaisant, prem. présid., avoc. gén. M. Kuntz, av. Me Bruneton (pour Ch.), Me René Bloch, du barreau de Paris, (pour le Dr X.).

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Paralysie faciale sans hypotonicité et avec réaction de dégénérescence** (*Soc. de Neurologie*).

M. Babinski présente une femme atteinte depuis un mois de paralysie faciale peu visible au repos et apparaissant surtout lors des mouvements. Cette conservation du tonus est de bon augure, et cependant l'auteur montre l'existence de la réaction de dégénérescence dont la signification pronostique doit donc être discutée. Or, dit M. Babinski, on l'observe sur le cadavre, au bout d'une heure ; peut-être n'indique-t-elle pas la dégénérescence des nerfs, mais simplement met-elle en lumière un caractère de l'excitabilité musculaire. — M. Alquier estime qu'une certaine réserve est nécessaire, avant d'admettre l'interprétation de M. Babinski, il faut peut-être attendre encore. En effet, il a observé un cas de paralysie faciale *a frigore* légère, dans lequel M. Huet avait constaté une réaction partielle de dégénérescence, alors que le tonus était assez bien conservé et que la paralysie se manifestait surtout à l'occasion des mouvements. Or, au bout de quelques mois, apparaissait un spasme qui dure encore après cinq ans, légèrement amélioré par le massage vibratoire.

**Sérothérapie antiméningococcique**, par le Dr Dopter, professeur agrégé au Val-de-Grâce. (*Journ. méd. franç.*)

Quand on eut déterminé exactement le caractère spécifique du méningocoque de Weichselbaum dans l'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique, plusieurs auteurs, presque simultanément, se mirent à préparer un sérum capable de lutter activement contre ce germe.

Flexner aux Etats-Unis, Kolle et Wassermann en Allemagne, puis Dopter en France firent connaître les résultats de son application à la thérapeutique humaine.

Flexner immunise ses chevaux à l'aide de cultures tuées puis vivantes, et de toxine méningococcique introduites dans les veines. Kolle et Wassermann immunisent trois chevaux, l'un avec un méningocoque, un second avec plusieurs races de ce germe, un troisième avec de la toxine. Le mélange à parties égales du sérum de ces trois chevaux constitue leur sérum antiméningococcique. Dopter ne poursuit la vaccination de ses chevaux qu'avec des cultures vivantes en injections intraveineuses.

Tous ces sérums possèdent des propriétés agglutinantes, sensibilisatrices, bactériologiques, opsonisantes, précipitantes. Enfin ils sont doués d'un pouvoir curatif incontestable sur la méningite cérébro-spinale. De multiples publications attestent leur valeur thérapeutique non seulement dans cette affection, mais encore dans les manifestations extra-méningées de la méningococcie.

Leur action est nulle au contraire contre les méningites de tout autre nature (tuberculeuse, pneumococcique, streptococcique, etc.).

L'efficacité du sérum peut se juger de différentes manières.

I. *Diminution de la mortalité.* — Quand elle sévit à l'état épidémique, la méningite cérébro-spinale présente ordinairement un taux moyen de léthalité, oscillant entre 60 et 70 p. 100.

Dans les cas où le sérum a été employé, voici quelques chiffres :

Flexner, réunissant tous les cas traités par son sérum, compte 442 cas ayant donné 147 décès, soit une mortalité globale de 38 p. 100. De ce chiffre, il défalque 49 cas où le sérum a été utilisé dans les atteintes foudroyantes, ou sur des moribonds, et en des cas où la mort est survenue à la suite d'une infection intercurrente. Dans ces conditions, il reste 393 cas avec 98 décès, soit : 25,4 p. 100.

Donc :

| | |
|---|---|
| Mortalité globale........ | 33 p. 100 |
| Mortalité rectifiée....... | 25,4 p. 100 |

Entre les mains de Krobne, Lévy, Hohn, Többen, Em. Crocco, le sérum de Kolle et Wassermann a donné, par injection intrarachidienne, une mortalité de 18,35 p. 100 (158 cas traités, 29 décès). Il est vrai que Hochhaus, Matthes, n'ont observé aucun résultat favorable, mais leurs observations ne sauraient être retenues en raison de la façon insuffisante dont les malades ont été traités.

Un sérum préparé par Jochmann a été utilisé par Schöne qui a pu abaisser la mortalité à 27 p. 100.

Pendant l'épidémie française de 1909, 339 cas ont été (à ma connaissance) traités par le sérum que j'ai préparé ; ces cas proviennent de toutes les régions de France ; en certaines localités, la sérothérapie a été employée systématiquement chez tous les malades ; en d'autres, les praticiens n'y ont eu recours que dans les cas graves ou désespérés. Or, ces 339 cas ont fourni 55 décès, soit 16,20 p. 100. De ces 339 atteintes, on peut légitimement défalquer les cas foudroyants, morts en quelques heures, les cas injectés *in extremis* (16 cas). La mortalité rectifiée concerne donc 88 décès pour 322 cas = 11,80 p. 100.

Donc :

| | |
|---|---|
| Mortalité globale....... | 16,20 p. 100 |
| Mortalité rectifiée...... | 11,80 p. 100 |

La comparaison de ces chiffres avec ceux de la léthalité habituelle est assez éloquente pour qu'il soit utile d'insister sur cette première preuve de l'efficacité du sérum.

Divers facteurs peuvent influencer sur cette mortalité :

Un des plus importants est l'âge des sujets. C'est ainsi que le nombre des décès est le plus élevé chez les enfants âgés de moins d'un an. On sait, d'ailleurs, que la mort est la règle chez les nourrissons non traités par le sérum. C'est entre cinq et dix ans que la mortalité paraît le moins marquée.

Celle-ci varie encore suivant la date à laquelle le sérum a été injecté. Tous les auteurs ont remarqué que plus tôt le sérum était employé après le début des symptômes, plus grandes étaient les chances de guérison et inversement.

II. *Atténuation des symptômes.* — Les injections intra-rachidiennes de sérum anti-méningococcique amènent, en général, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, une sédation marquée de tous les symptômes. Parfois, au bout de quelques heures, l'amélioration est déjà manifeste.

On voit s'atténuer, progressivement, la plupart des symptômes nerveux ; les phénomènes comateux, la céphalée, le délire, l'insomnie, semblent les premiers à s'amender. En même temps, la température subit habituellement une chute marquée. Ou bien la chute est brusque dès le lendemain et se maintient aux environs de la normale ; ou bien elle se fait en lysis, demandant ainsi trois ou quatre jours pour revenir à la défervescence complète. Parfois aussi, on observe une élévation, bientôt suivie d'une chute de la fièvre.

La raideur de la nuque, le signe de Kernig, sont les symptômes qui persistent le plus longtemps. Néanmoins, en comparant, à for-

mes égales, les malades traités et non traités par le sérum, ces phénomènes de contracture persistent infiniment moins chez les premiers ; et au bout de peu de jours, on peut voir ces sujets remuer évidemment la tête et s'asseoir sur leur lit.

Les symptômes oculaires, auditifs, les phénomènes paralytiques subissent la même rétrocession.

L'état général s'améliore parallèlement.

Enfin, l'amélioration peut s'apprécier d'une façon assez étroite par l'*examen du liquide céphalo-rachidien* dont l'aspect reprend progressivement son état normal au fur et à mesure que les symptômes précédents s'atténuent ; de louche qu'il était il redevient clair comme de l'eau de roche. Le microscope permet mieux encore de suivre pas à pas la régression des lésions méningées : les polynucléaires perdent leur aspect pyoïde pour recouvrer l'apparence normale ; en même temps, les méningocoques diminuent de nombre ; ils subissent une désintégration que révèlent le gonflement du protoplasma et la difficulté de fixer les colorants ; enfin leur culture reste négative. Les polynucléaires se raréfient pour laisser place à une formule lymphocytique, prédominante d'abord, exclusive, ensuite, annonçant ainsi la guérison prochaine. Les recherches chimiques accusent encore le retour à l'état normal : la teneur en albumine, glucose, etc., diminue progressivement ; les produits de désintégration microbienne disparaissent, ainsi qu'en témoigne la réaction négative des précipitines.

Cette atténuation habituellement rapide des symptômes cliniques et les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien est un témoin indiscutable de l'efficacité de la sérothérapie dans chaque cas particulier. Où cette dernière s'affirme hautement, c'est lors des reprises qui se produisent parfois quand les sujets n'ont reçu qu'une injection de sérum. Au bout de deux, trois ou plusieurs jours, en effet, la température s'élève à nouveau, et avec elle tous les symptômes réapparaissent : une nouvelle injection fait alors tout rentrer dans l'ordre. Certains sujets présentent aussi des récidives successives dès que les injections sont suspendues ; elles rétrocèdent à chaque nouvelle intervention.

Il est vrai d'ajouter que malgré un traitement sérothérapique rationnellement conduit, il est des atteintes qui semblent peu bénéficier de la médication spécifique, l'action du sérum est alors lente et paresseuse ; certaines même ne paraissent aucunement influencées par ce traitement. Ce sont des cas où :

1° L'affection prend une allure foudroyante.

2° Le sérum est injecté trop tardivement.

3° Il s'agit de formes septicémiques ou hypertoxiques, habituellement très graves, se révélant par la production de pétéchies, se compliquant de localisations extra-méningées (broncho-pneumonies, péricardites, néphrites, etc.).

4° Les phénomènes cérébraux sont très marqués, et correspondent à des lésions siégeant surtout à la convexité du cerveau, et paraissent peu accessibles à l'action du sérum.

5° Enfin, il est une catégorie de malades chez lesquels le sérum a amené dès les premiers jours une détente accusée : bientôt les phénomènes méningés réapparaissent, à plusieurs reprises, cédant chaque fois, mais partiellement à une ou plusieurs injections de sérum. Puis, au bout d'un certain temps, les phénomènes semblent passer à l'état chronique, et le sérum est impuissant à juguler les accidents. Ce sont, en général, des faits où la méningococcie n'est pas seule en jeu, où un germe associé au méningocoque intervient dans la détermination des troubles méningés ; à plusieurs reprises, j'ai constaté ainsi les méningites à méningocoques se compliquer de méningite tuberculeuse : le sérum semblait agir sur le coccus de Weichselbaum, mais était naturellement inefficace vis-à-vis du bacille de Koch.

En d'autres circonstances, la méningite s'est compliquée de lésions sous-corticales, d'encéphalite non suppurée, ou de petits abcès secondaires logés à la surface ou dans la profondeur du cerveau : ces altérations échappent à l'action bienfaisante de sérum. Ou bien encore ce dernier, diffusant incomplètement, ne peut se rendre aux ventricules, où le méningocoque se cantonne souvent ; ou bien il s'agit de lésions de la convexité, qui lui sont difficilement accessibles.

III. *Réduction de la durée de l'affection et du chiffre des séquelles.* — D'une façon générale, la durée des symptômes méningés est fort restreinte quand on la compare à ce qu'elle est dans les cas traités par les moyens usuels ; elle peut être évaluée en moyenne dix à douze jours. La convalescence est moins pénible ; l'état général se remet plus rapidement de l'épreuve qu'il vient de subir.

Cette réduction de la durée de la maladie entraîne une *diminution marquée dans la proportion des séquelles* : l'application de la sérothérapie ne leur laisse pour ainsi dire pas le temps de se développer. Pendant la période antérieure à la nouvelle méthode, 50 à 60 p. 100 des sujets guéris présentaient des infirmités incurables (cécité, surdité, paralysies, etc.) ; depuis la sérothérapie, on n'en observe plus qu'au taux de 3 à 6 p. 100.

### Technique.

*Injection.* — Les statistiques de Schultz, Ch. Müller, Robb-Lévy, etc., montrent que les injections sous-cutanées du sérum anti-méningococcique sont inefficaces. Ces faits s'expliquent par l'imperméabilité relative de la méninge de debors en dedans. *Les injections doivent être pratiquées dans la cavité arachnoïdienne* pour que le sérum arrive en contact direct avec les lésions méningées.

On commence par faire une *ponction lombaire*, en soustrayant autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum. J'estime même qu'il vaut mieux retirer *plus de liquide* qu'on injectera de sérum : un triple avantage en résulte :

1° On enlève ainsi de la cavité rachidienne plus de substances toxiques.

2° La décompression est plus appréciable.

3° Le sérum introduit est moins dilué.

Aussitôt après la ponction, sans retirer l'aiguille, on pratique l'injection, le malade restant dans le décubitus latéral, avec une seringue de Roux, préalablement remplie de sérum tiédi à 38°. On adapte l'embout de la seringue à l'extrémité extérieure de l'aiguille, restée en place, et l'on pousse l'injection lentement, progressivement, sans à-coup.

L'opération terminée, on retire brusquement l'aiguille, on lave antiseptiquement, et l'on place sur la plaie du coton imbibé de collodion.

*Immédiatement après,* il faut placer le malade dans une position favorable à la diffusion du sérum vers les centres nerveux supérieurs. Dans ce but, on *surélève notablement le bassin audessus de la tête ;* enlever traversin et oreiller, et placer sous le bassin un ou plusieurs coussins. On laisse le malade dans cette situation pendant cinq à six heures ; s'il a du délire, ou présente de l'agitation, ne lui permettant pas de la conserver, une injection de morphine assurera le calme nécessaire.

B. *Mode d'administration du sérum.* — Le succès de la sérothérapie dépend en grande partie de la façon dont l'application en a été faite. Deux facteurs essentiels entrent en ligne de compte pour l'assurer : la *dose* et la *répétition des doses.*

1° Tous les auteurs insistent sur la nécessité d'injecter des doses élevées, même chez l'enfant. Chez l'adulte, on peut aisément injecter 20, 30, 40 et même 45 cc. de sérum. Chez l'enfant, même au-dessous d'un an, on arrive facilement a injecter 10, 15, 20 et même 30 cc.

2° Sauf dans les cas légers, il est rare qu'une seule injection, même à dose élevée, soit capable de juguler complètement la maladie ; même dans le cas où après une injection tout semble rentrer dans l'ordre, quelques jours après, ou le lendemain, ou le surlendemain, une nouvelle reprise des phénomènes méningés impose de nouvelles injections. Certains sujets ont pu ainsi recevoir de multiples injections avant que la guérison définitive soit assurée ; Dünn est arrivé à injecter en tout 330 cc. ; Lévy, 340 cc. ; Fulton, 600 cc. ; Netter, 825 cc. Mais pareils faits sont exceptionnels.

En ce qui concerne la répétition de ces doses, deux méthodes se trouvent en présence :

Les uns (Kolle et Wassermann, Koplik, E. Holt, Comby), pratiquent une première injection ; si aucune amélioration ne se produit, ils la renouvellent ; si les symptômes s'amendent, ils s'abstiennent et attendent que l'amélioration ne se progresse plus pour la répéter.

Les autres (Dünn, Churchill, Lévy, Netter) estiment qu'il est préférable d'injecter systématiquement, 20, 30 cc., etc., de sérum durant trois et même quatre jours consécutifs, même quand la première injection est suivie d'une détente sensible. Cette méthode aurait, d'après Netter, l'immense avantage d'amener des guérisons plus nombreuses, et de rendre plus rares les rechutes et les séquelles.

Après cette série de trois ou quatre injections successives, le plus souvent, les phénomènes méningés sont bien améliorés, sinon, totalement disparus : mais ils peuvent aussi persister. En ce cas de nouvelles injections peuvent être nécessaires.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode employée, sur quels éléments d'appréciation peut-on se baser pour décider soit l'intervention, soit l'abstention ?

La température est un mauvais guide ; sa chute peut ne révéler qu'une partie de la détente obtenue, les autres symptômes ne variant pas. En d'autres circonstances, elle peut être peu élevée et l'état général être très médiocre ; elle fournira donc un indice trompeur sur la gravité du cas. De même, on la voit parfois rester élevée alors que les symptômes méningés rétrocèdent. D'ailleurs, rien n'est variable et sujet à des oscillations multiples dans la même journée, comme la température d'un méningitique.

L'examen macroscopique et microscopique du liquide céphalo-rachidien donne assurément des renseignements beaucoup plus précis. Il permet de suivre pas à pas la marche des phénomènes, leur atténuation, leur aggravation, et par conséquent de donner des indications nettes sur la nécessité de nouvelles interventions.

Malgré la détente clinique, un liquide céphalo-rachidien qui restera trouble, et continuera à héberger les méningocoques bien formés et cultivables doit imposer une ou plusieurs injections nouvelles.

Chez un malade au contraire, qui conserve une température élevée, mais dont le liquide céphalo-rachidien est redevenu clair et limpide sans méningocoques, contenant des polynucléaires normaux et à plus forte raison des lymphocytes, au lieu des globules pyoïdes des premiers jours, l'abstention doit être la conduite à tenir.

Mais où l'examen de ce liquide devient indispensable c'est dans les cas où, devant une reprise de phénomènes méningés avec fièvre, on hésite entre des troubles d'anaphylaxie sérique ou une recrudescence des lésions méningées.

Dans cette dernière hypothèse, le liquide trouble contient des cellules et des méningocoques vivants, et une nouvelle série d'injections est de rigueur. Dans la première, le liquide peut rester clair sans cellules ni méningocoques, présentant parfois une teinte jaune ambrée ; il s'agit d'anaphylaxie, imposant l'abstention.

On conçoit donc l'utilité de cet examen : par sa teneur en cellules, en microbes, le liquide céphalo-rachidien est en réalité le reflet de l'état anatomo-pathologique des méninges dont il révèle les altérations ; il est un guide précieux pour le thérapeute.

L'administration du sérum demande à être bien conduite, et doit reposer sur les bases rationnelles qui viennent d'être exposées. C'est faute d'avoir observé ces règles que certains praticiens ont eu à déplorer quelques cas mortels où des interventions mieux raisonnées eussent sans doute amené la guérison. Dans les décès de la statistique citée plus haut on relate les observations :

1° De sujets qui n'ont reçu qu'une injection de sérum ;

2° D'autres ont reçu de multiples injections, mais pratiquées avec trop de parcimonie, et trop espacées. Il en est dont les injections ont été suspendues pendant quinze et même vingt jours, les phénomènes méningés poursuivant leur évolution pendant cet intervalle. « Une ponction lombaire pratiquée en pareil cas aurait permis d'examiner le liquide, et si on avait constaté le méningocoque les injections reprises à temps auraient pu amener la guérison » (Netter).

Il est d'ailleurs aisé de se rendre compte de l'influence de la technique thérapeutique sur la mortalité. J'ai recueilli dans ce but deux groupes d'observations ; dans le premier, le traitement a été bien conduit et a donné 8,75 p. 100 de mortalité ; dans le deuxième où le traitement a été insuffisant, la léthalité s'élève à 30 p. 100.

Ces chiffres sont donc de nature à montrer qu'il ne suffit pas d'injecter du sérum, il faut l'injecter à bon escient, à doses suffisantes et suffisamment répétées.

Le sérum antiméningococcique est donc un agent thérapeutique puissant et doué d'un caractère de haute spécificité.

Il ne saurait être remplacé par d'autres sérums notamment le sérum antidiphtérique qu'on a tenté d'injecter en certains cas, parfois avec succès. Mais Netter a démontré que ces derniers n'étaient dus qu'à d'heureuses coïncidences car les essais tentés par Wolff, Draper, Park, etc., ont donné une mortalité de 70 à 80 p. 100, ce qui suffit à faire abandonner cette méthode.

D'autre part, le sérum antiméningococcique n'est actif que dans les cas où le méningocoque est en cause ; il est inefficace quand la méningite est produite par des germes si voisins soient-ils du coccus de Weichselbaum.

Pareils faits sont de nature à montrer combien il est important d'établir un diagnostic exact de la nature méningococcique du processus méningé en cause si l'on veut instituer un traitement rationnel et efficace.

## REVUE D'UROLOGIE

**De l'énurésie hypogénésique des enfants L'énurésie élément du syndrome de débilité motrice d'inhibition**, par le Dr Prosper Merklen (*Gaz. des Mal. Enf.*).

Bien que soit dépistée l'origine de certaines mictions involontaires de l'enfance, le champ de l'énurésie essentielle n'en demeure pas moins encore fort étendu. On ignore le plus souvent la cause des mictions nocturnes ; et, si tous signes d'épilepsie, d'hyperacidité urinaire, de lésions uro-ano-génitales font défaut, on s'accorde à reconnaître le néant de l'exploration clinique.

Cependant, en 1893, Freud (1) mentionnait, chez la moitié environ des énurésiques, l'existence d'une hypertonie de la musculature des membres inférieurs, et attribuait, par suite, les mictions involontaires à l'exagération du tonus vésical. Cette conception eut peu de succès, et les auteurs des travaux relatifs à l'énurésie négligent presque tous de la signaler. Il y a lieu d'en excepter Guinon (2) qui la juge assez intéressante pour ne pas la passer sous silence.

A vrai dire, un élément faisait encore défaut : on ne comprenait pas la signification de l'hypertonie et on ne savait quelle valeur lui assigner. Elle ne fut mise dans son véritable cadre qu'il y a deux ans, grâce à la communication de E. Dupré (3) sur le syndrome de *débilité motrice d'inhibition*. Ce syndrome, dont deux observations de Méry et Armand-Delille (4) et la thèse de Nandascher (5) résument toute l'histoire bibliographique actuelle, consiste, rappelons-le, en une impossibilité de réaliser la résolution volontaire du muscle et d'en inhiber l'état habituel de tonicité exagérée. Toute tentative de relâchement musculaire provoque des contradictions proportionnelles à l'effort engendré par le sujet pour se mettre dans la résolution ; la jambe et le bras ne peuvent retomber inertes et ont une tendance aux attitudes cataleptoïdes : l'enfant est incapable de « faire le bras mort » ; suivant le mot de Dupré il y a *paratonie*. Le syndrome se spécifie de plus par la *syncinésie*, contraction synchrone et involontaire pendant un mouvement conscient ou inconscient des groupes musculaires correspondants du membre opposé, — par *l'hyperréflectivité tendineuse*, — par la *perturbation de réflexe plantaire* allant parfois jusqu'à la persistance au delà de l'âge ordinaire du signe de Babinski et à l'abduction en éventail des orteils, — par une *maladresse* et une *inhabileté* dans les mouvements usuels.

Le syndrome de débilité motrice témoigne d'une anomalie de fonctionnement du système pyramidal, incomplètement développé ou encore mal adapté à son rôle, de toutes matières en *hypogénésie*.

Le tableau précédent se complète, à notre avis, chez certains enfants, par l'existence de *mictions involontaires nocturnes*. Bon nombre de ces mictions nous semblent, en effet, devoir être extraites du groupement d'attente de l'énurésie essentielle pour prendre place dans le syndrome de débilité motrice.

Les faits viennent à l'appui de cette façon de voir.

Nous avons étudié 164 enfants âgés de 3 à 15 ans, de développement intellectuel variable. Nous avons écarté de cette statistique les idiots, chez qui la coïncidence de paratonie et d'énurésie est de constatation courante. D'autre part, nous n'avons pas davantage retenu les énurésiques nettement atteints de mictions symptomatiques classées.

Sur ces 164 enfants, nous avons compté 116 sujets à système musculaire normal et 48 débiles moteurs. Tandis que les 116 enfants normaux ne comprenaient que 8 énurésiques. les 48 débiles moteurs en comprenaient 18. Les premiers offraient donc une proportion de 6.8 0/0 d'énurésiques, les seconds de 37 0/0.

(1) Freud, Sur un symptôme qui accompagne souvent l'énurésie n eturne des enfants. *Neurologisches Centralblatt*, 1er novembre 1893.

(2) Guinon, *Traité des maladies de l'enfance* Grancher, Comby. Article Névroses urinaires. Paris, 1904.

(3) E. Dupré, *Société de Neurologie*, 6 juin 1907, p. 625.

(4) Méry et Armand Delille. Syndrome de débilité motrice chez deux enfants atteints de débilité mentale. *Société de Neurologie*, 6 février 1908.

(5) Naudascher. *Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales*. Thèse de Paris, 1908.

Renversons les termes du problème et voyons combien de débiles moteurs fournissent les énurésiques. Les chiffres vont être encore plus démonstratifs, car la paratonie est autrement fréquente que l'énurésie et il s'en faut de beaucoup que tout paratonique soit frappé du moindre trouble mictionnel. Chez 26 énurésiques, âgés de 4 à 14 ans, nous avons relevé 18 débiles moteurs et seulement 8 enfants à système musculaire normal, soit des moyennes de 69 0/0 de paratoniques et de 30 0/0 de non paratoniques.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 164 enfants | 8 débiles moteurs | 18 énurésiques. | 37 0/0 |
| | | 30 non énurésiq. | |
| | 1 normaux. | 8 énurésiqnes. | 6,80/0 |
| | 26 énurésiqaes. | 18 débiles motrs. | 69 0/0 |
| | | 8 normaux.... | 30 0/0 |

Les débiles moteurs présentaient plus ou moins au complet les éléments du syndrome de débilité motrice ; parmi ceux-ci, indépendamment de la paratonie, ce sont les attitudes cataleptoïdes des membres inférieurs, la syncinésie et l'abduction avec tendance à l'éventail des orteils qui ont été le plus souvent notées. *Le procédé le plus rapide pour dépister les troubles de la contractibilité musculaire consiste à élever en flexion les jambes de l'enfant, on verra les attitudes cataleptoïdes bien plus fréquentes chez les sujets non énurésiques.* Mais il ne s'ensuit naturellement pas que cette recherche soit positive dans tous les cas d'énurésie.

Les chiffres que nous venons de relater suffisent à affirmer un rapport entre l'énurésie et le syndrome de débilité motrice. S'agirait-il d'une simple coexistence entre ces deux ordres de faits, qui seraient liés l'un et l'autre à une tare nerveuse dégénérative ? Adopter cette opinion obligerait à admettre chez les mictionnels une fréquence singulière de la paratonie comparativement aux autres stigmates de dégénérescence, et cette fréquence demanderait à être expliquée. Il est beaucoup plus logique et conforme aux examens cliniques d'accorder la même valeur séméiologique à l'énurésie et aux signes de débilité motrice, manifestations concomitantes d'une hypogénésie du système pyramidal dont l'infériorité anatomique ou fonctionnelle entrave la faculté d'inhibition volontaire. L'*énurésie hypogénésique* prouve que cette insuffisance peut ne pas se cantonner aux muscles de la vie de relation, mais s'étendre en outre au domaine de l'innervation viscérale.

Du reste, de tous les organes, la vessie est un des plus directement soumis à l'action de la volonté ; ses nerfs émanant du plexus hypogastrique, constitué à la fois par des rameaux sympathiques issus du plexus lombo-aortique et des ganglions sacrés et par des branches rachidiennes venues des troisième et quatrième paires sacrées. Il semble, par conséquent, qu'à l'égal des membres, inhabiles et maladroits en cas de débilité motrice d'inhibition, la vessie se montre maladroite dans ses réactions fonctionnelles et ses contractions ; sa musculature ne possède qu'un pouvoir d'inhibition très insuffisant ; l'hypertonie de sa paroi ne sait se refréner et commande par là l'expulsion de l'urine. Il serait intéressant de préciser le rôle du sphincter et de déterminer le mode et la mesure de son intervention. Nos connaissances encore bien imparfaites sur la physiologie de la vessie ne permettent guère de pousser actuellement plus à fond l'étude du mécanisme de l'énurésie hypogénésique.

Est-il possible d'objecter que l'idée d'hypogénésie s'allie mal avec celle du caractère uniquement nocturne des mictions ? Nous ne le croyons pas. L'intégrité de la vessie durant la journée n'est qu'une apparence. Tous les cliniciens savent que le petit mictionnel est un pollakiurique diurne. Sa vessie ne résiste pas à la plus légère incitation ou à la plus minime émotion, qui obligent l'enfant à uriner sans retard. Elle se vide d'elle-même si des conditions matériel-

les s'opposent à la satisfaction du besoin. Un sommeil profond pendant le jour s'accompagne enfin d'énurésie. Qu'est-ce à dire, sinon que l'hypertonie vésicale est permanente ? Eveillé ou endormi, le sujet ne la refrène pas ; mais dans la première alternative, il a conscience du besoin d'uriner qu'elle provoque. Sous l'influence de l'émotivité elle devient impérieuse, l'inhibition volontaire étant dès lors totalement suspendue : la miction de nécessité est à rapprocher des gestes déréglés des maladroits qui se sentent surveillés ou se trouvent sous le coup d'un choc moral imprévu.

Si beaucoup d'enfants n'ont jamais été maîtres de leurs mictions et ont toujours perdu leurs urines, d'autres ne sont devenus énurésiques que vers 4 ou 5 ans. Un interrogatoire soigné montre maintes fois, que chez ces derniers l'hypertonie n'est pas un fait nouveau ; avant d'être des mictionnels nocturnes ils avaient des troubles diurnes et même, ajoutent dans bien des cas les parents, ils se mouillaient déjà de temps en temps la nuit.

Au point de vue thérapeutique, la conception de l'énurésie hypogénésique rend compte de l'échec des agents médicamenteux tour à tour préconisés ; elle justifie les succès de la suggestion qui, par le réveil des facultés d'inhibition, modère l'hypertonie vésicale et entreprend une véritable éducation de la miction ; elle aide à comprendre les heureux résultats des injections épidurales qui modifient le dynamisme de l'innervation vésicale.

Conclusions — 1° Chez les enfants atteints d'énurésie dite essentielle, on observe souvent un ou plusieurs signes du syndrome de débilité motrice d'inhibition qui est lié à l'hypogénésie du système pyramidal.

2° Cette constatation conduit à isoler de l'énurésie dite essentielle le groupe de *l'énurésie hypogénésique*.

3° L'énurésie hypogénésique est l'expression nocturne, et, par suite, intermittente, d'un état continu d'hypertonie de la musculature vésicale dont le pouvoir d'inhibition est très atténué.

## REVUE CLINIQUE

**Hydarthrose périodique.**

M. Gandy, à l'occasion de la communication de M. Ribierre, rapporte l'observation d'une femme de 45 ans, qui, depuis l'âge de 19 ans. est sujette à des poussées d'hydarthrose périodique localisée aux genoux, revenant régulièrement tous les dix jours. La poussée articulaire dure 3 jours, suivie de 7 jours de répit pendant lequel l'articulation redevient normale. Il y eut des périodes d'accalmie variant de quelques mois à 2 ans. Aucune étiologie ne put être assignée à ces accidents articulaires : il n'y a pas de signes d'insuffisance thyroïdienne. La médication thyroïdienne a cependant été instituée depuis 3 mois sans résultat appréciable.

MM. Caussade et Leven ont observé un homme obèse, eczémateux, hypertendu, dyspeptique, sujet à des crises d'hydarthrose périodique ; sous l'influence du régime, par un traitement dirigé contre la dyspepsie, tous ces accidents ont rétrocédé ; le sujet a perdu du poids, sa tension s'est abaissée, l'eczéma, les troubles dyspeptiques, les crises d'hydarthrose ont disparu. Il semble donc que la pathogénie de l'hydarthrose périodique soit variable. Chez ce sujet il n'y avait aucun signe d'insuffisance thyroïdienne, et la cure antidyspeptique fit disparaître les accidents articulaires.

MM. Teissier et Chiray ont constaté, chez un homme, des crises d'hydarthrose portant sur les deux genoux, avec épanchement extrêmement abondant, sans réaction inflammatoire locale, avec très peu de douleur, pas de phénomènes généraux. Ces crises, d'abord intermittentes, revêtirent ensuite le caractère périodique avec alternance. L'énorme épanchement, le peu de réaction douloureuse faisaient penser à des arthropathies tabétiques : il n'en était rien ; on ne constatait non plus aucun signe d'insuffisance thyroïdienne. L'épanchement ponctionné était constitué par un liquide filant, visqueux : il renfermait des polynucléaires intacts. L'examen hématologique montrait un certain degré d'anémie et une formule leucocytaire normale. *(Soc. méd. des Hôp.)*

**Syphilis gastrique très grave. Estomac biloculaire. Guérison par le traitement mercuriel et ioduré.**

C'est un cas de syphilis grave guérie qu'ils présentent. La malade, guérie actuellement, était cachectique, il y a deux mois : anémie extrême, amaigrissement considérable, douleurs gastriques très vives surtout nocturnes, vomissements incessants depuis six mois.

L'examen radioscopique révéla un estomac biloculaire et une sténose serrée à 10 centimètres du cardia.

Le régime lacté et l'emploi du bismuth n'ayant pas modifié l'anémie, les douleurs et l'amaigrissement, ils prescrivirent un traitement mercuriel (19 injections de 2 centigrammes de biiodure de mercure) et ioduré (3 grammes de KI durant trente jours).

Cette médication spécifique démontra la nature de la lésion, car elle fit en quelques jours cesser les douleurs, disparaître l'anémie et engraisser la malade de 3 kilogrammes en trois semaines. *(Soc. méd. des Hôp.)*

## Traitement de la Dilatation de l'Estomac

Avant d'instituer une thérapeutique médicamenteuse contre la gastrectasie, il faut établir un régime diététique rigoureux. Comme le dit Bouchard, « il faut que l'estomac soit distendu le moins possible, le moins souvent et le moins longtemps possible. »

La première règle à imposer sera donc la suivante : Bien mâcher les aliments, manger lentement et s'abstenir de tout travail immédiatement après les repas, ne rien manger et ne rien boire entre les repas.

Une condition importante à remplir pour empêcher le développement de la dilatation, c'est de ne jamais prendre de nourriture alors qu'il séjourne dans l'estomac des résidus du repas précédent. Il importe donc de laisser de longs intervalles, neuf heures, sept heures *au moins*, entre les prises de nourriture et, si l'estomac n'était pas libre au moment prévu de l'alimentation, il ne faudrait pas hésiter à faire le lavage avec l'appareil de Debove.

Une autre condition importante à remplir est la réduction des liquides. Trois quarts de litre en 24 heures doivent suffire. Les aliments seront choisis parmi les plus digestibles. Pas de graisses, pas de viandes crues ou peu cuites, pas de poisson grillé mais bouilli.

Toutes les substances fermentescibles seront proscrites ainsi que l'alcool, le vin rouge, la mie de pain.

Mais on conseillera le vin blanc avec mesure, les viandes froides, les viandes chaudes *braisées*, les purées de légumes, les œufs, les pâtes, les fromages, les fruits cuits.

Les seuls fruits frais tolérés seront la fraise, la pêche et le raisin.

Pour les malades qui, en été surtout, sont incités à boire, on conseillera soit l'eau pure, soit l'eau additionnée d'un tiers de bière.

Dans les cas d'intolérance complète pour la viande et les farineux, on devra ordonner le régime lacté, mais sans dépasser deux litres et demi, en 8 à 10 doses ; puis, petit à petit, on prendra un régime mixte, et enfin le régime que nous venons d'indiquer.

Viendront ensuite les prescriptions médicamenteuses. Ici, il faudra agir avec prudence, car souvent les remèdes sont mal tolérés et déterminent cette forme de gastrite irritative décrite par Hayem.

La base de la médication sera représentée par les amers, noix vomique, colombo, quassia, et surtout par l'antisepsie gastrique.

Les auteurs actuels, ainsi d'ailleurs que les praticiens, tendent de plus en plus à rejeter l'emploi des naphtols, benzonaphtols, etc., qui fatiguent vite la muqueuse et n'ont que des effets antiputrides relatifs. On leur substitue aujourd'hui l'oxyol. Ce remède est un ferment vanadique produisant dans le tube digestif de l'oxygène naissant. Constitué par deux substances que l'on fait absorber (10 gouttes) successivement l'une après l'autre, et qui sont un corps réducteur et un corps réduit toujours saturé d'oxygène, l'oxyol représente une puissance anti-microbienne et désinfectante de grande valeur.

Sans aucun inconvénient pour l'estomac et l'intestin, l'oxygène qu'il dégage se fixe sur les germes et leurs sécrétions, les neutralise, empêche la production des gaz putrides qui distendent l'estomac, et en peu de jours amène une transformation physiologique favorable à la guérison. Ces effets désinfectants du ferment vanadique se poursuivent aussi dans l'intestin lui-même et modifient rapidement la flore nocive habituellement très développée dans le cas de gastrectasie.

C'est ainsi que chez les enfants, même les nourrissons, on a signalé la guérison rapide des diarrhées et du météorisme par 6 gouttes du remède pris successivement de l'un et l'autre flacon.

On admet encore qu'une partie de l'oxygène naissant ainsi produit se fixe sur le globule rouge, augmente sa teneur en oxyhémoglobine et va vivifier les tissus, oxyder les déchets en stimulant l'énergie vitale de l'organisme.

On peut aussi dans la gastrectasie ordonner l'acide chlorhydrique ; mais comme souvent il existe des phénomènes douloureux avec hyperacidité transitoire, il vaut peut-être mieux s'en abstenir.

Dans ces cas d'hyperchlorhydrie, on aura recours aux alcalins à hautes doses.

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Traitement hydro-minéral de la tuberculose,** par le professeur Robin *(Société d'études scientifiques sur la tuberculose).*

Les cures hydro-minérales, jadis si vantées dans le traitement de la phtisie pulmonaire, mais quelque peu délaissées aujourd'hui, en raison de l'extrême difficulté que présente le choix d'une station, peuvent cependant rendre des services à certains tuberculeux. Si les cures les mieux indiquées ne semblent avoir qu'une action bien limitée, sinon nulle, sur l'agent de la contagion et sur le tubercule lui-même, elles peuvent, par contre, modifier le terrain morbide et le rendre plus résistant, atténuer les actes d'intoxication, modérer les congestions péritubérculeuses, combattre le catarrhe broncho-pulmonaire, diminuer l'irritabilité bronchique, aider à la résorption des exsudats péritubérculeux. Elles ressortissent donc uniquement à la thérapeutique fonctionnelle et à la médication du terrain.

Les éléments du jugement à porter pour le choix d'une station seront tirés : 1° du malade

lui-même; 2° de la maladie; 3° du mode d'action des eaux minérales en cause.

I. — LE MALADE. — Il importe de ne pas imposer la cure aux phtisiques confirmés et de ne la conseiller que si le malade la désire, le facteur moral, la confiance, ayant ici une importance capitale; de s'enquérir des agréments et des ressources de la station dont le phtisique pourra tirer un utile profit; d'étudier le terrain morbide et de ne proposer une saison qu'aux individus présentant le caractère du lymphatisme ou de la scrofule, ou encore à certains arthritiques; de rechercher les aptitudes réactionnelles de ce terrain morbide, puisqu'il est exceptionnel qu'on puisse ordonner une cure aux sujets dont les réactions sont dans le sens de l'excitabilité, de connaître les dominantes de la nutrition élémentaire.

II. LA MALADIE. — Les éléments du jugement sont multiples et comprennent : 1° l'état anatomique : 2° la période d'évolution de la maladie; 3° les aptitudes réactionnelles de la lésion; 4° les symptômes prédominants; 5° le sens et l'importance des complications. C'est ainsi que les lésions trop étendues, celles qui ne sont pas franchement chroniques, qui n'ont pas des allures torpides, la fièvre, les hémoptysies, constituent, en général, des contre-indications. Faisons, toutefois, une réserve pour certaines hémoptysies, accidentelles ou dues à des congestions prétuberculeuses passives, qui peuvent bénéficier de la cure du Mont-Dore. La diarrhée, la susceptibilité hépatique feront contre-indiquer les eaux sulfureuses. Les troubles gastriques ont une telle importance qu'on aura souvent avantage à les traiter à une station appropriée.

III. — LES EAUX MINÉRALES. — A. *Eaux ferrugineuses*. — Elles sont trop excitantes pour que l'on puisse songer à y envoyer les phtisiques, quel que soit le profit qu'en puissent retirer ces malades pour remédier à l'insuffisance de leurs réserves organiques en fer et en silice. On pourra, néanmoins, utiliser certaines eaux, comme celles d'Alet, du Mont-Dore, de la Bourboule, qui contiennent, outre le silice, du fer en minime quantité et qui sont mieux tolérées que les ferrugineuses pures.

B. *Eaux chlorurées sodiques*. — Ces eaux, stimulant les fonctions organiques, rendent des services à certains prétuberculeux du type lymphatique ou scrofuleux, mais sont nuisibles chez les consomptifs vrais et les phtisiques confirmés.

C. *Eaux sulfureuses*. — Les eaux sulfureuses, telles que les Eaux-Bonnes, Amélie-les-Bains, Cauterets, Luchon, Allevard, Pierrefonds, Saint-Honoré, sont stimulantes et remontantes, agissent sur l'élément catarrhal, exercent une action résolutive sur les engorgements congestifs ou inflammatoires périturberculeux. Mais, en raison de leurs propriétés excitantes, elles ne sont utiles que dans les formes torpides, évoluant chez des sujets peu nerveux, apyrétiques, sans éréthisme cardiaque, dont le foie, le rein et le tube digestif fonctionnent normalement.

D. *Eaux arsenicales*. — Les arsenicales faibles, dont le Mont-Dore est le type, conviennent aux phtisiques aux tendances congestives et à réactions éréthiques : elles ont aussi une action résolutive sur les exsudats pleurétiques secs et torpides.

Les arsenicales fortes, type la Bourboule, ralentissent davantage la désassimilation organique et minérale, mais la stimulation qu'elles exercent sur l'appareil pulmonaire les contre-indique dans les formes congestives et hémoptoïques.

E. *Eaux azotées*. — Certaines eaux, comme celle de la source Vieille des Eaux-Bonnes, d'Allevard, de certaines sources de Cauterets et de Panticosa contiennent de l'azote en grande quantité et une partie de leurs effets thérapeutiques peut être vraisemblablement rapportée à ce gaz, beaucoup moins inerte qu'on ne le pense et dont l'action sédative, en particulier, paraît bien établie.

IV. APPLICATIONS AU TRAITEMENT DE LA PHTISIE DES DONNÉES PRÉCÉDENTES. — Il est possible, maintenant, de fixer d'abord les contre-indications de toute cure hydro-minérale, puis les indications de telle ou telle station dans tel cas particulier.

A. *Contre-indications*. — On n'enverra pas aux eaux : les phtisiques à marche rapide, les chroniques qui font facilement des poussées aiguës ou subaiguës, les hémoptoïques, les fébricitants, les cachectiques, les sujets dont l'état général est plus déchu que ne le comportent l'étendue et le degré des lésions pulmonaires, à moins que cette déchéance ne soit la conséquence de troubles digestifs; les phtisiques, dont les réactions générales et locales sont très excitables.

B. *Indications*. — On peut envoyer aux eaux : 1° Les prétuberculeux anémiques, lymphatiques ou ganglionnaires. Ces malades, surtout s'ils ont des échanges respiratoires accrus, s'ils sont en instance de déminéralisation avec tendance à l'anémie, mais sans accélération du pouls, sans élévation de température, seront envoyés à la Bourboule.

2° Les phtisiques à lésions torpides et à réactions générales peu actives qui relèvent des eaux sulfureuses. Saint-Honoré, sulfurée sodique et arsenicale, conviendra surtout aux enfants et aux adolescents : Allevard, qui calme la toux et diminue l'expectoration, aux phtisiques du 1er et 2e degré; Cauterets, aux phtisiques atones, quand les lésions tuberculeuses, elles-mêmes arrivées au 2e degré, tendent à se congestionner.

3° Les phtisiques à terrain lymphatique ou scrofuleux. Ils peuvent bénéficier aussi des eaux sulfureuses : mais s'ils présentent un certain degré de nervosisme, ils iront plutôt au Vernet ou à Allevard.

4° Les phtisiques à terrain arthritique, qui sont justiciables des eaux sulfureuses de Cauterets et de Saint-Honoré; mais beaucoup d'arthritiques sont des congestifs : à ces derniers on réservera la cure du Mont-Dore.

5° Les phtisiques dont l'état général demeure satisfaisant malgré l'étendue et le degré des lésions pulmonaires, ils seront envoyés aux Eaux-Bonnes, s'ils n'ont pas de tendance hémoptoïque et s'il n'existe pas de contre-indications hépatique, intestinale ou rénale.

6° Les phtisiques chez qui domine l'élément catarrhal. Ces malades sont souvent des lymphatiques ou des scrofuleux. Ils seront envoyés aux Eaux-Bonnes, s'ils ne présentent aucune des contre-indications précédemment énoncées. Pendant la saison froide ils pourront faire une cure à Amélie-les-Bains.

7° Les phtisiques qui, avec une lésion pulmonaire minime, ont des résidus de pleurésie sèche. Ils iront au Mont-Dore si leurs réactions générales sont quelque peu excitables, à Cauterets dans le cas contraire.

8° Les phtisiques à état général et à lésions torpides qui présentent une grande susceptibilité et une grande irritabilité bronchique. Souvent les phtisiques, surtout lorsqu'ils sont arthritiques, ont des tendances congestives, la dyspnée facile, une toux fréquente et quinteuse. Ces malades relèvent du Mont-Dore. La cure Mont-Dorienne pourra aussi être conseillée à certains phtisiques hémoptoïques, quand les hémorragies sont provoquées par des poussées congestives périturberculeuses.

9° Les phtisiques initiaux et les prétuberculeux chez qui des troubles digestifs importants ont préparé le terrain de la maladie. Il est absolument nécessaire de soigner dans ces cas l'état gastrique qui, s'il n'est pas modifié, exercera l'influence la plus néfaste sur l'évolution de la maladie. On enverra à Plombières les hypersthéniques névrosiques. Chez les hypersthéniques déprimés, on tentera la cure de Cauterets, dont la source du Manhourat, prise en bois son, modère l'hypersthénie gastrique. Chez les phtisiques présentant de l'hyposthénie gastrique, on conseillera, suivant les cas, Vichy, Pougues ou Royat.

## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**Association morbide de la syphilis et de la tuberculose. Accidents rhumatoïdes chez un tuberculeux**, par le Dr Louis JULLIEN. (*Rev. des mal. de la nutrition.*)

Ce qui constitue l'intérêt d'une observation, c'est moins la rareté ou la complexité des phénomènes morbides, que la suite ininterrompue des symptômes, et la conclusion qui découle fatalement des faits antérieurs.

A ce point de vue, une histoire est complète quand elle se termine par la mort, et comporte toujours un enseignement. On peut même dire que, dans beaucoup de cas, l'issue fatale ne fut point surprenante et qu'un pronostic avisé eût pu la faire prévoir.

L'exemple qui va suivre est une preuve de cette proposition, et montre surabondamment que l'on n'échappe pas à sa destinée. Je veux dire que l'on ne peut y échapper qu'en exerçant une réelle contrainte et des modifications souvent impossibles, sur les conditions physiques et morales de l'être atteint.

L'infection syphilitique chez M. X..., fut constatée en juillet 1895 alors qu'il avait 36 ans. Je ne le vis qu'un an plus tard; il avait eu sur tout le corps une éruption très confluente, et avait subi pendant huit mois et plus, un traitement pilulaire.

Les injections de calomel triomphèrent assez vite de quelques plaques muqueuses et d'une atteinte périonyxistique au gros orteil droit; mais déjà se dessinaient des *symptômes nerveux* de mauvais augure. C'étaient des réveils brusques et la considérable diminution de la mémoire; les réflexes étaient paresseux, la marche un peu désorientée; il y avait de petits soubresauts nerveux et des fourmillements aux extrémités: quelques étourdissements vinrent à cette époque. M. X..., ne tombait pas, mais éprouvait le besoin de se retenir, la tête se penchait en avant comme s'il était attiré par un vertige, phénomène qu'il n'avait jamais ressenti avant d'être syphilitique.

Tels sont les accidents que je dus combattre, et qui reparurent presque constamment, malgré le mercure, malgré l'iodure et malgré les phosphates.

En résumant cette histoire, je me rends compte que je n'obtins que des trêves à cette époque; le patient n'avait du reste rien changé et ne pouvait rien changer à ses habitudes de travail et à son exaltation naturelle, relativement aux questions artistiques.

Ajoutez une vie assez agitée avec une maîtresse dont il eut une fille (fin 1901).

Je passe rapidement sur deux années pendant lesquelles M. X... ne cessa de se traiter, tant bien que mal, plutôt mal que bien et j'arrive à 1904;

Les phénomènes nerveux ont redoublé en même temps que les ennuis et les chagrins domestiques : les réflexes ne cessent de s'affaiblir.

Je prodigue en vain l'huile grise; les jambes sont en coton, les vertiges ne cessent presque pas, l'équilibre est perdu.

Tout d'un coup se déclarent des hémoptysies; nous étions au commencement d'octobre 1906. De petits filets de sang parurent d'abord pen-

dant 2 ou 3 jours, représentant en réalité fort peu d'extravasat. On applique immédiatement 120 ventouses et des pointes de feu ; on prescrit le plus de repos possible avec la suralimentation, le grand air ; on joint les injections de cacodylate de soude, les capsules de carbonate de gaïacol, etc.

Le poids était alors de 59 k. 100 ; l'accident devait se reproduire fréquemment, en dépit des piqûres d'ergotine. Les rapports génitaux n'avaient pas été interrompus, et le malade ne mit pas longtemps à s'apercevoir que les crachements rouges les suivaient de près.

La suite de ce martyrologe ne présente pas beaucoup de variétés : diminution progressive du poids, crachements de sang, toux violente, insomnies, etc., durèrent jusqu'en 1905, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la vie, sans qu'aucune modification favorable se produisît sous l'effort de la thérapeutique.

Vers le milieu de juin 1907, M. X... se plaint d'une douleur extrêmement vive au niveau de l'articulation et du moignon de l'épaule droite. L'aspirine reste sans efficacité.

En juillet 1907, un examen complet permet de reconnaître une ankylose absolue, au point de vue physiologique tout au moins. Dans la pensée qu'il s'agissait d'un phénomène syphilitique, le malade avait pris de lui-même deux grammes d'iodure de potassium par jour, mais sans éprouver aucun soulagement.

La radiographie opérée au commencement du même mois ne fait découvrir aucune altération osseuse ; les tissus fibreux seuls étaient intéressés, on les voyait agglomérés en un amas extra-articulaire au voisinage de l'apophyse coracoïde. Tout essai de mobilisation était inutile, le scapulum et l'humérus semblaient soudés l'un à l'autre. Les efforts exercés dans le but de faire mouvoir séparément le bras n'aboutissaient qu'à un déplacement total du moignon ; de telle sorte que, en portant le coude à droite ou à gauche on imprimait un mouvement d'ensemble et irrésistible à l'omoplate et à tous les tissus qui l'entouraient.

Quatre mois se passent et je lis dans mes notes que le bras droit est presque libre, tandis que le côté gauche s'embarrasse à son tour presqu'à la même place que l'autre. Il serait certainement exagéré de dire que le premier a repris toute sa liberté et toute son aisance, mais on ne peut nier que la fluxion ne se soit déplacée d'un côté à un autre.

Même impossibilité de porter le bras en arrière ou sur le dessus de la tête, même sensibilité de toute la région.

Dès les premiers jours un traitement mécanique avait été institué par le massage. Mais c'est presqu'en vain que le médecin ordinaire avait fait dans ce sens les plus louables efforts.

Sous la direction du docteur Guilland, d'Aix-les-Bains, les soins donnés d'une façon très méthodique, conjointement avec les douches d'eau chaude, ne furent pas inutiles.

Eh bien, est-il possible que l'on ne soit pas frappé de voir une poussée d'allure essentiellement rhumatismale, rhumatismale par ses symptômes et ses conséquences, se développer presque à la même heure qu'une phtisie pulmonaire.

Que le malade fût arthritique, dans le vieux sens du mot, la chose n'est pas douteuse, mais il n'avait jamais souffert d'accidents de cet ordre jusqu'alors ; et cependant aucune de ses habitudes n'avait été modifiée, aucune fatigue exceptionnelle, aucun labeur ne pouvait être invoqué pour expliquer cette jetée fluxionnaire.

J'ai beau chercher, je ne vois nulle autre cause à mettre en avant que la tuberculose, récente dans cet organisme ; on la voit revêtir la forme du rhumatisme, frapper le côté gauche après le côté droit. Aucun doute ne peut être élevé sur la nature de cette maladie pré-articulaire. Faut-il supposer ici la tuberculose proprement dite ou admettre la para-tuberculose, uniquement inflammatoire, susceptible de déterminer d'emblée des lésions scléreuses, ayant la même nature que si elles étaient purement bacillaires ? Ce sont là des points qu'il nous semble très difficile d'éclaircir aujourd'hui.

Ce qui est certain, c'est que le terrain était infecté de produits phymiques, à défaut de l'autopsie, dont nous ne pouvons nous prévaloir dans ce cas, c'est une donnée qui peut nous servir de base.

Si l'on veut bien réfléchir à l'étiologie et à la physiologie pathologique du phénomène, il est impossible que les idées théoriques, si magistralement exposées par M. le professeur Poncet, ne trouvent pas ici leur exacte application.

Qu'y avait-il de changé dans cet organisme, quel fait nouveau s'était produit ? Il était soumis aux mêmes causes débilitantes et épuisantes que naguère ; une seule condition nouvelle s'était manifestée, l'*infection tuberculeuse*, et cela suffit pour donner l'essor à des symptômes de type essentiellement rhumatismal.

Ainsi se trouvent confirmées les déductions si combattues du professeur lyonnais.

La mort de M. X... eut lieu fin mai 1909 ; je ne l'ai pas vu à ce moment-là, mais je sais que huit jours avant il présenta des phénomènes d'exaltation et de délire. Il ne s'agissait évidemment pas d'un accident syphilitique ; le traitement hydrargirique n'ayant pas été discontinué.

On aurait pu penser à la méningite tuberculeuse, mais il paraît, m'a-t-on dit, que des manifestations cérébro-spinales terminèrent la scène.

Qu'importe d'ailleurs pour la véracité des points que j'ai voulu mettre en relief :

1° La syphilis a évolué jusqu'à la fin sous la forme nerveuse qu'elle avait revêtue dès le début.

2° L'association morbide de la syphilis et de la tuberculose a certainement précipité l'issue funeste et accentué les désordres des deux infections, devenues bientôt irrémédiables.

3° Des ankyloses rhumatoïdes se sont développées sous l'influence nettement déterminante de la tuberculose.

## REVUE DE DIETETIQUE

**Régimes à appliquer dans l'albuminerie qui survient au cours du diabète sucré,** par le Dr Gaston Siguret, de St-Nectaire (*Concours médical*).

I. — Règles générales. — A. — La constatation d'albumine dans une urine de diabétique commande des modifications dans le régime déjà prescrit.

B. — Ici, comme dans toute albuminurie, on ne peut qu'indiquer les grandes lignes du régime à suivre, car il n'y a pas, à proprement parler, de régime schématique.

C. — Avant d'instituer un régime, le praticien devra se renseigner afin de savoir s'il se trouve en présence d'une albuminurie fonctionnelle sans lésions du rein ou d'une albuminurie lésionale.

II. — Cartes de régime. — A. Albuminurie fonctionnelle. — Premier cas : l'albuminurie ne dépasse pas 0,50 cent., au litre ; deuxième cas : le taux de l'albuminurie est élevé, 1 gr. et plus au litre.

Premier cas : albuminurie légère.

Dans ce cas, on doit modifier légèrement la diététique instituée en vue de combattre la glycosurie. Voici les aliments permis et défendus :

a) *Aliments permis :*

*Viandes de boucherie :* viandes adultes : bœuf, mouton, porc, cheval, langue, rognons, en quantité modérée et au repas de midi seulement.

*Animaux de basse-cour et gibier :* poulet, pigeon, canard, dinde, oie, lapin, faisan, perdrix, grive, chevreuil très frais, en petite quantité, et toujours au repas de midi seulement.

*Poissons :* de rivière, très frais, même les poissons gras si le tube digestif est en bon état.

*Crustacés et mollusques :* grenouilles.

*Œufs :* pochés, mollets, brouillés, à la coque (le blanc coagulé), cocotte, en omelettes.

*Fromages frais :* caillé, suisse, gervais, etc.

*Légumes féculents :* pommes de terre en petite quantité.

*Légumes verts :* crosnes, chicorée, pissenlit, artichauts, haricots verts, épinards, endives, laitue, cardons, romaine, topinambour.

*Fruits :* pommes, poires, pêches, fraises, framboises, prunes, airelles, jeunes tiges de rhubarbe (tolérées) ; noix, noisettes, amandes.

*Aliments semi-liquides :* potages julienne et aux œufs.

*Boissons :* eau, décoction de substances amères, thé léger, vin rouge en très petite quantité.

*Pain :* d'amandes ou de gluten.

b) *Mode de préparation des aliments.*

Toutes les viandes seront bouillies, grillées, rôties ou braisées, toujours très cuits ; tous les poissons seront bouillis.

Tous les légumes seront cuits à l'eau longtemps, puis égouttés ; ils seront servis accompagnés de beurre frais.

Dans la préparation des mets, il ne rentrera ni jus de viande, ni extraits, ni condiments, sauf le sel en aussi petite quantité que possible.

c) *Aliments défendus :*

*Viandes :* jeunes veaux, etc., foie, viandes gélatineuses, cervelles, ris, boudin, tripes.

*Gibier* (faisandé).

*Poissons de mer* (dans presque tous les cas).

*Crustacés et mollusques :* langoustes, homards, écrevisses, huîtres, moules, escargots.

*Fromages fermentés.*

*Lait.*

*Céréales.*

*Les féculents :* riz, pois, lentilles, châtaignes, etc., *toutes les pâtes.*

*Certains légumes verts,* tels que : choux, choux-fleurs, asperges, oseilles, carottes, betteraves, navets, cresson, céleri, poireaux.

*Fruits :* raisins, cerises, figues, dattes, abricots, oranges, melon, raisins secs.

*Boissons :* alcool, bière, cidre, café, cacao.

Deuxième cas : albuminurie abondante.

Il est nécessaire d'instituer aussitôt le *régime lacté* et de suivre ce régime par périodes : huit à dix jours par mois. Quand l'albuminurie tombe, on revient peu à peu au régime indiqué dans les cas d'albuminurie légère.

B. Albuminurie lésionale. — *Régime lacté absolu* jusqu'à ce que l'albumine ne tombe plus. Toutefois, si le malade éprouvait trop de répugnance, s'il avait de la diarrhée, s'il se cachectisait, si le sucre augmentait fortement ou même si l'albuminurie n'était pas tombée au bout d'un mois, à la place du régime lacté intégral on instituerait un régime ovo-végétarien, en donnant les légumes cités plus haut, et en accommodant légumes et œufs, suivant les règles déjà énoncées. Comme boisson, on prescrirait de l'eau ou du thé léger. De temps à autre, un peu de viande au repas du midi.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**L'Hystérie et les Hystériques,** par le Dr P. Hartenberg (Alcan).

Au milieu des ardentes controverses sur l'hystérie, voici un livre qui vient bien à son heure et qui contribuera à mettre au point les éléments du problème.

Détaché de toute théorie, avec une grande impartialité, M. Hartenberg procède à l'étude de l'hystérie et

des hystériques en se basant uniquement sur les données de son observation clinique. Et ainsi constate-t-il que les plus essentiels des symptômes formant l'ancien tableau clinique de la névrose, tels que les crises de nerfs et les autosuggestions, n'ont rien de spécifique et n'appartiennent pas à la seule hystérie et, d'autre part, n'affectent pas entre eux des relations pathogéniques suffisantes permettant d'en faire une maladie. L'hystérie, entité morbide, n'existe donc pas.

Tout au plus, peut-on admettre une disposition mentale particulière favorisant les grands accidents hystériques, et qui consisterait, selon l'auteur, en une richesse d'imagination plastique créant l'intensité des représentations morbides.

L'auteur est un spécialiste de cette affection très compétent et son ouvrage est d'un réel intérêt.

**Esquisses Cliniques de Physicothérapie,** traitement rationnel des maladies chroniques, par le Dr J.-A. Rivière, de Paris (Maloine),

Un gros ouvrage où se trouvent condensées les théories de l'auteur, résultant d'une pratique très importante. Le Dr Rivière a été très modeste en prenant ce titre : ce livre est un véritable traité qui lui fait grand honneur.

Rédigé pour les praticiens, d'une manière très méthodique, ce volume synthétise toute une existence vouée à la physicothérapie, dont l'auteur est le précurseur et le pionnier convaincu. Les onze premiers chapitres traitent de l'outillage thérapeutique pour les applications de l'électricité, de l'air, de la lumière, de l'eau, de la chaleur et du mouvement. Les quinze derniers traitent des maladies infantiles, de l'anémie, des états pulmonaires et cardiaques, de l'arthritisme, de la neurasthénie, de l'obésité, de l'artério-sclérose, des affections du tube digestif, de la peau et de l'utérus. Un important chapitre est consacré à la physicothérapie du cancer. Le volume se termine par d'intéressantes considérations sur le moral dans les maladies.

L'ouvrage du Dr Rivière marquera sa place parmi les publications de l'heure présente consacrées à l'apologie de la thérapeutique naturelle. L'auteur a su y montrer éloquemment toutes les ressources que le médecin peut trouver dans les agents physiques, au grand bénéfice de sa clientèle journalière.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce livre.

**Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre**, par le Dr Paul-Emile Lévy (Alcan), 2e éd.

Le Dr Paul-Emile Lévy poursuit dans cet ouvrage les applications du traitement moral et rééducateur dans les affections nerveuses, hystérie, neurasthénie, voire même dans des maladies de toute nature, où l'on ne songe pas d'ordinaire à faire intervenir son action, pourtant considérable, telles que les névralgies, sciatiques, par exemple, les affections gastriques, la spermatorrhée, etc. Il montre comment ce traitement permet, dans ces divers cas, de réaliser une guérison vraiment complète et *définitive*, exempte des rechutes auxquelles on croit encore, trop fréquemment, le sujet nerveux astreint d'une manière presque fatale.

On lira avec grand intérêt l'étude d'ensemble qui termine le volume et dans laquelle le Dr P.-E. Lévy met en parallèle sa conception personnelle des névroses et de leur thérapeutique avec celle que Dubois (de Berne) en a tracée, et montre sur quels points celle-ci, beaucoup trop exclusive, demande à être complétée et rectifiée. Un des faits les plus importants qui s'en dégagent est la supériorité, désormais bien établie, de ce que l'auteur nomme la *cure libre*, laissant le malade dans son milieu, et même à ses occupations habituelles, sur la méthode rigoureuse, et jusqu'aujourd'hui bien à tort classique, de l'isolement,

**Entéro-Colite, Estomac et Système nerveux,** par le Dr Pron d'Alger (Rousset).

Dans ce travail, l'auteur montre, en s'appuyant sur de nombreuses observations, que l'entéro-colite, loin de constituer une entité à part comme le veulent la plupart des classiques, est simplement un symptôme venant compliquer une dyspepsie plus ou moins ancienne ou cachée. Cette dernière ne passe jamais inaperçue quand le malade est interrogé et examiné à fond.

La pratique montre, de même que pour guérir l'Entéro-colite, c'est à l'estomac que doit s'adresser le traitement et au système nerveux, qui est fonctionnellement inséparable de l'estomac. La thérapeutique basée sur les ferments lactiques donne rarement des résultats,

L'auteur a apporté une note toute personnelle dans cette étude consciencieuse, qui témoigne d'une profonde connaissance clinique des affections du tube digestif.

**Ateliers de travaux publics et détenus militaires,** par Boigey (Maloine).

Pour se faire une juste opinion sur la nécessité où l'on se trouve enfin d'épurer notre armée, il faut lire le livre de M. Boigey, Le mouvement d'opinion qui s'est produit a eu ses origines dans le mécontentement général provoqué par la présence des repris de justice dans les régiments. L'histoire des détenus militaires est donc toute d'actualité

Après avoir décrit l'organisation générale des ateliers de travaux publics, l'auteur nous fait pénétrer avec le détenu dans l'enceinte même du bagne. Le régime économique, l'organisation du travail, les camps de détenus, les tentatives d'évasion, le régime disciplinaire, le régime hygiénique sont étudiés dans tous leurs détails.

M. Boigey démontre que l'abandon de l'enfance est le facteur le plus propre à assurer le recrutement de l'armée du crime. Il nous peint les mœurs et les habitudes des détenus ; il évoque le souvenir d'un assassinat consommé à l'atelier de travaux publics de Bougie, et cet épisode éclaire d'un jour tragique la mentalité de ceux qui en furent les acteurs.

M. Boigey a consacré des pages émouvantes à la destinée des détenus libérés. Il nous montre l'avenir de ces déclassés qu'on s'est efforcé d'améliorer et qui, du jour au lendemain, se trouvent replongés dans la misère, cette conseillère déplorable qui, par degrés, conduit l'homme à la déchéance physique et morale. Il soulève à ce propos des questions fort graves qui touchent aux problèmes les plus délicats et les plus controversés de l'économie sociale.

**Introduction générale à la thérapeutique positive,** par le Dr G. Sieffert (Maloine).

L'auteur, s'appuyant exclusivement sur les enseignements des Maîtres de l'Ecole classique et sur la physiologie, a, le premier, donné leur formule exacte aux lois qui régissent les phénomènes de la thérapeutique — initiative originale et brillamment menée à bonne fin avec une rigoureuse logique

De nombreux exemples cliniques viennent renforcer les thèses hardies dont le Dr Sieffert administre victorieusement la preuve. à l'aide d'un raisonnement qui, dans le chapitre « Mécanique thérapeutique » notamment, atteint toute la rigueur d'une démonstration mathématique.

Il en résulte essentiellement la vérification de la loi de similitude, jusqu'ici vilipendée parce que théoriquement inexpliquée. Et ce fait nouveau, par la direction positive qu'il imprime à la thérapeutique, est de nature à en changer entièrement l'orientation.

**L'Hygiène publique obligatoire en France. La lutte administrative contre le choléra et les autres maladies transmissibles**, par Marcel Bernard, secrétaire général du département de Seine-et-Marne. (V. Giard et E. Brière). (*Encyclopédie Internationale d'Assistance, Prévoyance, Hygiène sociale et de Démographie.*

La crainte d'épidémies ou de contamination provoquée par les récentes inondations qui ont éprouvé si cruellement le bassin de Paris, donne une singulière actualité au nouvel ouvrage de M. Marcel Bernard, le distingué Secrétaire général de Seine-et-Marne : « L'Hygiène publique obligatoire en France. »

Ce volume, qui contient toutes les prescriptions du Conseil supérieur d'Hygiène de France et une documentation très complète sur la législation sanitaire, permettra aux simples citoyens de combattre utilement toutes les maladies contagieuses et aux autorités municipales d'établir solidement les arrêtés pris en vue de sauvegarder la santé publique.

Le chapitre très intéressant que l'auteur consacre à l'historique et à la prophylaxie du choléra prouvera que les progrès incessants de l'hygiène en France et surtout la stricte application des prescriptions sanitaires sont capables d'enrayer victorieusement les fléaux les plus redoutables.

L'ouvrage de M. Marcel Bernard est le complément indispensable du manuel administratif qu'il avait publié, l'année dernière, sous le titre : *Pour protéger la santé publique*, dans cette même collection.

La lecture de ces deux volumes s'impose à tous ceux qui ont le souci d'écarter de leur entourage tout danger de contamination et d'épidémie.

Ouvrage très documenté, très précis, d'une utilité incontestable et qui rendra de grands services. L'auteur doit en être félicité et remercié.

**Traitement préventif et curatif des hémoptysies par l'hydrastinase**, par le Dr Barbary.

**La colite muco-membraneuse**, par le Dr Jean-Charles Roux (Poinat) (*Consult. méd. franç.*).

**Traitement des anévrysmes par la voltaïsation cutanée positive**, par le Dr de Toledo Dorsworth (*Congrès de Physiothérapie*).

**Radiographies cliniques**, par le Dr de Toledo Dorsworth (*Congrès de Physiothérapie*).

## CARNET DU PRATICIEN

### Cholécystite

I. — Forme simple :

1. *Régime lacté ou lacto-végétarien* ;
2. *Compresses d'eau chaude* au-devant du foie ;
3. *Antisepsie intestinale*.

*a*. Prendre deux fois par jour un cachet de :

| | | |
|---|---|---|
| Benzonaphtol... | 0 gr. 20 | p. 1 cachet n° 10 |
| Bicarb. de soude. | 0 gr. 30 | — |

*b*. Ou prendre trois fois par jour un cachet de :

| | | |
|---|---|---|
| Bétol.......... | 0 gr. 50 | p. 1 cachet n° 20 |

4. *Eviter les purgations fortes* qui pourraient mécaniquement remuer et irriter la vésicule enflammée et lithiasique et déterminer une colique hépatique vive. Donner le calomel à doses fractionnées.

Prendre dans la journée, toutes les heures, une pilule de :

| | | |
|---|---|---|
| Calomel........ | 0 gr. 02 | p. 1 pilule n° 12 |

5. *Intervenir chirurgicalement* dans cas répétés, par cholécystotomie ou mieux cholécystectomie.

II. — Forme suppurée :

Intervenir toujours, mais il vaut mieux, dans les cas moyens, laisser tomber les grands symptômes. et opérer à froid par une intervention qui peut être plus aisée et plus radicale (cholécystectomie). En attendant l'intervention :

1. *Régime lacté écrémé*, lait coupé d'eau de Vichy ;
2. *Compresses* ou glace au-devant de la région vésiculaire ;
3. *Désinfection bilio-intestinale*.

*a*. Prendre trois fois par jour un cachet de :

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude..... | 0 gr. 50 | pour un cachet n° 20 |
| Bicarbonate de soude.. | 0 gr. 30 | pour un cachet n° 20 |

*b*. Ou : quatre fois par jour un cachet de :

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude.. | 10 gr. | en 30 cachets |
| Benzoate de soude... | 20 gr. | — |

*c*. Ou encore : trois fois par jour un cachet de :

| | |
|---|---|
| Salol.................... | 1 gr. p. 1 cachet |

F. S. A. 20 semblables. Dr Avérinos.

### Asthme des foins

| | |
|---|---|
| Sulfate de quinine........... | 3 grammes |
| Poudre de benjoin........... | 6 — |

Pour insuffler dans les fosses nasales plusieurs fois par jour. Dr Huchard,

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*Nous indiquons dans ce tableau les noms des stations les meilleures que le médecin prescrit avec succès dans les maladies mentionnées. Les praticiens consulteront avec profit ce memento.*

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels, mais ne vendant* pas *d'eau en bouteille.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale mais ne possédant* pas *localement d'hôtels ni d'établissement hydrominéral.*

*En* CAPITALES. — *Stations climatiques.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**ronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny,
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enfants (Maladies).** — THORENC (Alpes-Maritimes).
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.
**Utérus.** — Plombières, Luxeuil.



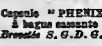
*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur Lucien-Graux.

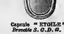


Capsule « PHENIX » à double languette *Bague déposée*



Capsule « PHENIX » à bague cassante *Brevetée S. G. D. G.*





Capsule « ETOILE » *Brevetée S. G. D. G.*



Capsule AMÉRICAINE



Capsule ondulée à bague « PHENIX » forcée *Brevetée S. G. D. G.*

CHEMIN DE FER DU NORD

## Stations balnéaires et thermales.

Du jeudi précédant les Rameaux au 31 octobre, toutes les gares du chemin de fer du Nord délivrent des billets à prix réduits, à destination des stations balnéaires et thermales du réseau, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 100 kilomètres aller et retour.

*Billets collectifs de famille*, valables 33 jours, prolongeables pendant une ou plusieurs périodes de quinze jours (Réduction de 50 0/0 à partir de la 4e personne);

*Billets hebdomadaires et carnets* d'aller et retour individuels, valables cinq jours, du vendredi au mardi et de l'avant-veille au surlendemain des fêtes légales (Réduction de 20 à 44 0/0);

Les carnets contiennent 5 billets d'aller et retour qui peuvent être utilisés à une date quelconque dans le délai de trente-trois jours ;

*Cartes d'abonnement*, valables trente-trois jours, (Réduction de 20 0/0 sur le prix des abonnements ordinaires d'un mois) à toute personne prenant deux billets ordinaires au moins ou un billet de saison pour les membres de sa famille.

Pour les stations balnéaires seulement :

*Billets d'excursion*, individuels ou de famille de 2e et 3e classes, des dimanches et jours de fêtes légales, valables une journée dans des trains désignés (Réduction de 20 à 70 0/0).

Pour tous renseignements, consulter le livret-guide Nord ou s'adresser dans les gares et bureaux de ville de la Compagnie.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

## Relations entre Paris et l'Italie

PAR LE MONT-CENIS

ALLER (départ de Paris) : **2 h. 30 soir, V.-L.** ; L.-S. ; 1re et 2e classes jusqu'à Turin.

ALLER : **10 h. 30 soir, V.-L.** ; 1re et 2e jusqu'à Rome. L.-S. jusqu'à Modane.

RETOUR (départ de Rome) : **9 h. 15 soir, V.-L.** ; 1re et 2e classes depuis Turin ; L.-S. ; 1re classe, depuis Modane.

RETOUR : **8 heures matin, V.-L.** ; L.-S. ; 1re et 2e classes depuis Turin ; V.-R. depuis Dijon.

RETOUR : **2 h. 40 soir**, 1re et 2e classes depuis Rome.

Pour plus amples renseignements consulter le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**La Cure-Taxe.**

La Chambre des députés vient de voter la loi suivante :

Article premier. — Toute commune, fraction de commune ou groupe de communes qui possède sur son territoire soit une ou plusieurs sources d'eaux minérales, soit un établissement exploitant une ou plusieurs sources d'eaux minérales, peut être érigé en station hydrominérale.

Les communes, fractions de communes ou groupes de communes qui offrent aux malades et aux visiteurs leurs avantages climatiques peuvent être érigés en stations climatiques.

La création de l'une des stations ci-dessus a pour objet de faciliter le traitement des indigents et de favoriser la fréquentation de la station et son développement par des travaux d'assainissement ou d'embellissement.

La demande de création d'une station hydrominérale ou climatique peut être formée, soit par le Conseil municipal ou par une Commission syndicale représentant la fraction de commune, conformément à l'article 129 de la loi du 5 avril 1884, soit par le préfet, soit, à leur défaut, par une association déclarée, constituée entre les médecins, propriétaires et fermiers de sources minérales, hôteliers et logeurs et toutes autres personnes intéressées.

Des décrets rendus en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie de Médecine, du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France et de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France statuent définitivement sur l'admission ou le rejet des demandes de création des stations hydrominérales ou climatiques.

Art. 2. — Dans les stations hydrominérales ou climatiques, des décrets rendus en Conseil d'Etat peuvent, sur la demande des communes, autoriser la perception, pendant tout ou partie de l'année, d'une taxe spéciale dont ils fixeront le taux et dont le produit devra être affecté intégralement aux travaux visés à l'article premier.

Ces travaux peuvent être déclarés d'utilité publique par décret rendu en Conseil d'Etat.

Les communes peuvent aussi, pour faire face aux dépenses résultant de l'application de la présente loi, être autorisées dans les mêmes formes à contracter des emprunts gagés sur les recettes à provenir de la taxe.

Art. 3. — La taxe qui peut être perçue en vertu de l'article 2 est établie sur les personnes non domiciliées dans la commune et n'y possédant pas une résidence à raison de laquelle elles sont passibles de la contribution mobilière.

Le tarif de cette taxe peut être établi par personne et par jour de séjour ou par personne indépendamment de la durée du séjour; il peut être basé sur la nature et le prix de location des locaux occupés; il peut comporter des atténuations, à raison soit de l'âge, soit du nombre des personnes d'une même famille; il peut varier suivant les époques de la saison. La taxe ne peut être due pour une durée supérieure à quatre semaines.

Peuvent être exemptées de la taxe de séjour les personnes occupant des locaux d'un prix inférieur à un chiffre déterminé, ou inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite de la commune dans laquelle elles reçoivent l'assistance. Des exemptions totales ou partielles peuvent également être édictées en faveur des individus attachés exclusivement à la personne ou de ceux qui, par leur travail ou leur profession, participent au fonctionnement et au développement de la station. Les cas d'exemption doivent être limitativement déterminés dans la délibération par laquelle est formulée la demande.

Art. 4. — La taxe sera perçue par l'intermédiaire des logeurs, hôteliers et propriétaires.

En cas d'infraction aux dispositions fixées conformément à l'article 9, les poursuites auxquelles il y aurait lieu de procéder pour le recouvrement de la taxe seront effectuées selon le mode usité en matière d'octroi; les réclamations seront jugées également comme en matière d'octroi.

Art. 5. — Il devra être tenu par les communes ou syndicats de communes un compte spécial du produit et de l'emploi des recettes provenant de la taxe. Ce compte sera publié et transmis à la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.

Les conditions dans lesquelles ce compte sera établi, appprouvé et apuré, seront déterminées par le règlement d'administration publique prévu par l'article 9 de la présente loi.

Art. 6. — Les dispositions de la présente loi sont applicables aux communes qui auront été autorisées à se constituer en syndicats de communes par application de la loi du 22 mars 1890, en vue d'obtenir la création d'une station hydrominérale ou climatique intercommunale.

Art. 7. — Dans chaque station hydrominérale ou climatique, il pourra être institué, par décret en Conseil d'Etat, un établissement public sous le nom de « chambre d'industrie thermale ou climatique ».

Cette chambre sera composée pour moitié de membres élus par les personnes appartenant aux catégories de professions intéressées au développement de la station et désignées par le décret constitutif.

Les autres membres seront : le préfet ou son représentant, président; l'ingénieur des mines de la circonscription ou l'ingénieur des ponts et chaussées, s'il s'agit d'une station climatique; le directeur du bureau d'hygiène, l'agent voyer du canton, trois membres désignés par le préfet, dont deux médecins exerçant la profession dans la station, le maire de la commune et deux délégués du Conseil municipal, et, si la station appartient à un syndicat, deux délégués du syndicat.

Le décret constitutif répartira les places réservées aux membres élus entre les diverses catégories de professions qui devront être représentées dans cet établissement public.

La chambre d'industrie thermale ou climatique sera nécessairement appelée à donner son avis sur les projets de travaux visés à l'article premier entrepris par les communes sur les demandes tendant à l'établissement de la taxe et sur les emprunts qui doivent être gagés sur cette taxe.

Elle pourra adresser à l'administration supérieure des observations sur l'emploi du produit de la taxe spéciale et émettre des vœux sur les questions intéressant la station.

La concession des travaux visés ci-dessus pourra être accordée à la chambre d'industrie thermale ou climatique par une délibération du Conseil municipal, approuvée par le préfet.

S'il y a lieu à expropriation, il y sera procédé, après déclaration d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat, conformément à la loi du 3 mai 1841, au nom de l'autorité concédante et aux frais du concessionnaire.

Art. 8. — Il est institué près le ministre de l'Intérieur une Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France, chargée d'étudier les questions intéressant la création et le développement de ces stations.

La Commission donne son avis sur les questions qui lui sont soumises par le ministre, et notamment sur les demandes formées en vue de faire désigner des communes comme stations hydrominérales ou climatiques. Elle adresse chaque année au ministre les observations que lui paraît comporter l'emploi fait dans les diverses stations du produit de la taxe établie par application de la présente loi.

Art. 9. — Un règlement d'administration publique fixera la composition de la Commission permanente et déterminera les mesures propres à assurer l'exécution de la présente loi. Il fixera notamment les formalités à remplir par les logeurs, hôteliers, propriétaires ou autres intermédiaires chargés de percevoir la taxe et les pénalités pour infractions aux dispositions concernant ces formalités; lesdites pénalités ne pourront dépasser le triple du droit dont la commune aura été privée.

Art. 10. — Les dispositions de la présente loi sont applicables à l'Algérie, sous réserve des dispositions de la législation spéciale en vigueur dans la colonie.

**Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales de France. (V. E. M.).**

Les voyages d'études médicales sont organisés, depuis 1899, par le Dr Carron de la Carrière, dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins étrangers et français la visite et la connaissance pratique des stations thermales et climatériques de France.

Sont seuls admis à ces voyages : les médecins, étudiants en médecine français et étrangers et les femmes de médecins accompagnant leur mari.

L'emploi du temps est réglé de façon à étudier chaque Station, à tous les points de vue, dans un minimum de temps : 1° Visite détaillée des sources et des établissements, sous la direction des médecins de la localité, leçon de choses capitales; 2° Conférence résumant tout ce qu'il faut savoir sur la station : applications thérapeutiques des eaux aussi bien que les avantages des adjuvances qu'on y rencontre : climat, altitude, cure de marche, mécanothérapie, etc. ; 3° Excursion, permettant d'apprécier la configuration générale du pays.

Le V. E. M. de 1910 aura lieu du 1er au 15 septembre sous la direction scientifique du professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine de Paris. Il comprendra les stations de la Savoie et du Dauphiné.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Carron de la Carrière, président de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris, 2, rue Lincoln, Paris.

81e Année (Série XIIIe) — N° 59 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES 1er Mai 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Ventes au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements ..... 5 fr.
Union postale.......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne Gazette de Santé
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16

# ÉCHOS

**Elections.**

Nous avons appris avec le plus grand plaisir l'élection, comme député, de notre éminent directeur scientifique le professeur Monprofit, d'Angers.

Nous sommes heureux de lui adresser nos sincères félicitations ainsi qu'à tous les amis de la *Gazette médicale* qui ont triomphé au premier tour de scrutin.

**Pathologie et billet de banque.**

Le nouveau billet de cent francs de la Banque de France est-il une œuvre d'art ou simplement une mauvaise chromo? Voici ce qu'en dit le Dr Durante à la Société médico-historique :

Au point de vue pratique, nous regrettons que l'inscription : « Cent francs » au milieu du recto soit la seule indication de la valeur qu'aucun chiffre ne rappelle d'une façon visible. Vu du côté verso, ou même plié en deux et montrant la moitié droite du recto, rien ne signale la valeur du billet, ce qui sera un inconvénient lorsque d'autres valeurs seront émises sur ce nouveau type. Il est vrai, que par contre, la signature du peintre se trouve répétée deux fois sur chaque face. N'aurait-il pas mieux valu remplacer par des chiffres apparents ces initiales pratiquement peu utiles?

Nous arrivons aux points qui nous intéressent plus directement.

Le plus important est l'*enfant* qui occupe le recto à gauche et qui est un cas nettement pathologique. Solidement campé sur son pied gauche, il ne touche qu'avec peine le sol de la pointe de son pied droit, et ceci bien que la jambe et la cuisse soient parfaitement rectilignes, et que le bassin relevé à gauche par un déhanchement naturel, s'abaisse fortement du côté droit. Si l'on tient compte de l'abaissement du bassin de son côté, le membre inférieur droit doit avoir 10 centimètres de moins que le gauche, peut-être même davantage.

Ce pauvre petit boiteux est, du reste, bien conformé. La fesse, la cuisse, la jambe, ne présentent, en particulier, pas traces d'atrophie; il ne s'agit pas ici d'un arrêt de développement suite de paralysie infantile. La rectitude des membres sur le tronc permet d'éliminer la coxalgie. Aucune incurvation rachitique. Pas de déformation du crâne, pas de brièveté du membre supérieur ou de la cuisse permettant d'invoquer l'achondroplasie.

Nous sommes donc amené à admettre que M. LOM (voyez le rocher où un gros 100 aurait été plus utile) a dû prendre comme modèle un enfant atteint d'un arrêt de développement simple, d'une pure micromélie congénitale et partielle, affection très rare sur laquelle nous ne possédons encore que peu ou pas de documents.

Malchanceux jusqu'au bout, cet enfant est enfin si malencontreusement placé que la région fessière se trouve inévitablement traversée par le trou d'épingle de la Banque et qu'il est sans cesse exposé au supplice du pal. Il y a là, sans doute, une intention allégorique. L'artiste aura voulu rappeler que cette région est le lieu d'élection pour les injections sous-cutanées profondes.

Signalons en passant le *mouton* que tient cet enfant. Couvert de laine blanche sur la tête et le tronc, il paraît complètement dépourvu de poils sur les membres qui sont couleur chair. C'est là une affection de la peau à localisation très spéciale.

Près de l'enfant, une *paysanne* debout appuie sur le cadre central son bras gauche jusqu'au coude. Bien que l'avant-bras ne soit pas soutenu, la main tombe presque à angle droit. On pourrait penser à une fracture du radius, accident fréquent, à notre époque d'« autos », par retour de la manivelle; mais la déformation caractéristique en « dos de fourchette » fait défaut. Le relâchement des muscles semble complet; il y a certainement là une paralysie des extenseurs.

Reste enfin l'*ouvrier* qui occupe le verso. Pourquoi sa main gauche s'appuie-t-elle sur sa cuisse droite, ce qui semblerait nécessiter une rotation en avant de l'épaule qui fait défaut?

Cette position rappelle celle du monoplégique qui, lorsqu'il s'assied, ramène avec l'autre main, ou lance en quelque sorte sur ses genoux, par un mouvement de rotation du tronc, son membre paralysé qui vient souvent s'accrocher sur la cuisse du côté opposé. Cette main, du reste, à la paume étalée, aux premières phalanges étendues et aux 2e et 3e phalanges fléchies, rappelle certaine griffe cubitale, comme la paysanne fait penser à la paralysie radicale.

Nous nous bornerons à signaler, en terminant, l'allongement, plutôt excessif, de la jambe gauche de la Fortune, macromélie partielle qui vient compenser la micromélie de l'enfant.

*Monoplégie ou paralysie cubitale de l'ouvrier, paralysie radiale de la paysanne, affection épilante du mouton, et surtout micromélie partielle considérable de l'enfant*, telles sont les tares pathologiques que nous montre le nouveau billet de la Banque de France.

**XIe Congrès français de médecine.**

Le XIe Congrès français de médecine siégera à Paris les jeudi 13, vendredi 14 et samedi 15 octobre 1910 à la Faculté de médecine.

Le bureau du Congrès est composé de MM. le professeur Landouzy, président ; Balzer et Troisier, vice-présidents; Marcel Labbé, secrétaire général; Galliard, trésorier.

Les questions suivantes désignées par le précédent Congrès seront l'objet de rapports :

1° Des bradycardies, par MM. Vaquez et Esmein (de Paris); Gallavardin (de Lyon); 2° Traitement des épilepsies symptomatiques, par MM. Sonques (de Paris); Bosc (de Montpellier); 3° Rapports du foie et de la rate en pathologie, par MM. Gilbert et Lereboullet (de Paris); Roch (de Genève).

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour pour les discussions du Congrès : les accidents de la sérothérapie; les méningites cérébro-spinale aigues; la tuberculinothérapie; les affections du pancréas.

Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès devra être adressé à MM. Marcel Labbé, 9, rue de Prony, Paris et Maxime Laignel-Lavastine, 45, rue de Rome.

**A propos des manifestations du quartier latin.**

Les étudiants en médecine manifestent. Cela nous rappelle une plaisante anecdote :

Le savant professeur Poirier fut un jour l'objet d'une violente cabale de la part de ses élèves, dont il était cependant généralement aimé.

Durant une demi-heure, ceux-ci le sifflèrent et le conspuèrent, à tel point que le maître ne put placer une seule parole. A la fin, voyant l'inanité de ses efforts, le Dr Poirier saisit un morceau de craie et s'approcha du tableau noir. On comprit qu'il voulait faire une déclaration. Un silence relatif se fit sur les gradins de l'amphithéâtre. Le professeur traça alors lentement et en gros caractères ces lettres :

MER

Arrivé là, et comme un peu fatigué, il s'arrêta, sortit son mouchoir et s'essuya le front.

L'effet de ces trois lettres fut prodigieux. Après un moment de stupeur, les étudiants redoublèrent leur tapage, lançant à leur professeur les épithètes les plus malsonnantes.

Mais, sans se troubler, le Dr Poirier reprit la craie, et, tranquillement, acheva le mot commencé :

MERCI

A peine avait-il fini que toute l'assistance, revenant sur ses sentiments d'hostilité, fit au professeur une magnifique ovation.

## Comment prescrire la Pepsine

### DANS LE TRAITEMENT DES DYSPEPSIES

Par M. ALLYRE CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Lorsqu'on lit les récentes communications sur la thérapeutique des maladies de l'estomac, ou lorsqu'on interroge les dyspeptiques qui se sont adressés déjà à plusieurs médecins, on constate qu'en France, la médication par la pepsine est tombée en désuétude. Les médecins qui prescrivent encore ce médicament semblent le faire par acquis de conscience, sans grande confiance, sans y attacher d'importance, associant le plus souvent la pepsine dans un cachet polypharmaque à d'autres poudres stomachiques, ou ordonnent de prendre une des nombreuses spécialités qui contiennent une plus ou moins forte proportion de ce médicament, dans le hut de varier la médication d'un malade désespérément chronique.

A l'étranger au contraire, et notamment en Amérique, la pepsine jouit d'une grande faveur auprès des grands dyspeptiques que sont les citoyens des Etats-Unis.

Il m'a paru intéressant de rechercher la cause de cette différence d'opinion de praticiens également compétents des deux Républiques, et de déterminer s'il s'agissait d'une question de longitude, de tempérament ou de forme pharmaceutique.

Si on compare les deux pharmacopées, on constate que le Codex français, plus récent cependant que la pharmacopée américaine, exige pour la pepsine officinale un titre notablement inférieur au pouvoir digestif exigé par la pharmacopée américaine.

*La pepsine officinale française est trois fois moins active que la pepsine officinale américaine.*

En outre, on a conservé en France une préparation surannée, la pepsine amylacée, vieux vestige de la poudre nutrimentive de Corvisart et Boudault, produit de l'autodigestion de l'estomac de porc, mélange complexe dont le pouvoir digestif est inférieur, dont l'action thérapeutique est nulle et qui mériterait tout au plus de figurer pour mémoire dans l'arsenal de l'histoire de la médecine.

Or actuellement en France, la pepsine amylacée est souvent la seule pepsine qui se trouve dans l'officine du pharmacien, c'est le produit le moins cher et celui que l'on délivre toujours lorsque le médecin prescrit pepsine sans qualificatif.

J'ai eu à examiner plusieurs échantillons de pepsine amylacée, dont différents sous cachets (spécialités).

Ces poudres, au microscope, sont toutes hétérogènes ; elles contiennent des grains d'amidon de diverses céréales, de riz, de fécule de pomme de terre, etc., des grains de dextrine, le tout est empâté dans un extrait visqueux qui contient des albumoses et des peptones dans cet extrait fourmille, innombrables, des microorganismes divers: levures, moisissures, et surtout de très nombreux microbes, notamment des *colibacilles.*

Ce n'est pas très étonnant, si on réfléchit au mode de préparation de ce produit, et aux manipulations auxquelles on le soumet pour y incorporer l'amidon.

La pepsine en pâte du Codex, même celle sous cachet, contient encore souvent de très nombrenx bacilles ; la pepsine en paillettes quoique plus pure en général, est encore trop souvent souillée. Au contraire, les échantillons de pepsine à titre élevé (200, 300, 500, 1000) sont beaucoup moins souillés, certains même sont stériles.

Ces pepsines contiennent une heaucoup plus faible quantité de peptones : leur pouvoir digestif élevé en fait des agents thérapeutiques de valeur certaine.

Il est très regrettable que le Codex français n'ait pas adopté comme seule pepsine officinale une pepsine à titre 300, égale en puissance à celle de la pharmacopée américaine.

La différence dans l'activité de l'agent thérapeutique explique les résultats obtenus par les médecins américains.

L'emploi rationnel de la pepsine dans certains cas de dyspepsie, est du reste conforme aux données théoriques et expérimentales. Nous avons déjà insisté en 1900, sur les indications du traitement des dyspepsies par l'opothérapie et les ferments protéolytiques, lorsqu'avec le professeur Gilbert nous avons établi la classification clinique des dyspepsies, et le traitement par l'opothérapie gastrique.

Dès cette époque nous avons fait remarquer que la plupart des hyperchlorhydriques, qui souffrent de leur estomac, etaient atteints d'hypopepsie ; la clinique a eu fréquemment depuis l'occasion de vérifier l'exactitude de cette observation.

Ces faits cliniques ont été du reste confirmés par l'expérimentation.

Sawrieff, élève de Paulow, a constaté que, dans les cas de gastrite chronique expérimentale du chien, la sécrétion gastrique commence plus tôt, s'élève plus rapidement, puis se ralentit et s'arrête prématurément; au total, la sécrétion stomacale est qualitativement et quantitativement inférieure à la sécrétion normale nécessaire pour assurer le chimisme complet du hol alimentaire ingéré.

Un estomac atteint de gastrite devient plus irritable, plus facilement excitable, mais il se fatigue plus vite qu'un estomac normal, il ne peut plus accomplir sa tâche.

Le Professeur Roger et le Docteur Garnier ont observé que l'hyperacidité est d'autant mieux supportée que la quantité de pepsine est plus considérable.

Ces observations expérimentales viennent corroborer les faits de la clinique et légitimer l'emploi des ferments protéolytiques qui sont indiqués dans tous les cas d'hyperchlorhydrie.

Mais il faut introduire le ferment au moment opportun, ne pas entraver la digestion par l'apport intempestif d'amidon, de microbes et de levures.

L'introduction du ferment doit avoir lieu un peu avant le moment où chez le malade se manifeste le pyrosis.

En Amérique on préconise l'administration de la pepsine sous forme de masticatoire ; j'ai adopté cette forme pharmaceutique, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Voici comment il convient de procéder en général :

Après avoir déterminé par l'analyse du suc gastrique le degré d'hyperchlorhydrie et d'hypopepsie, faire prendre au malade 3/4 d'heure après le repas, dans une infusion chaude, une poudre alcaline composée, calculée de façon à saturer partiellement l'excès d'acidité, puis faire mastiquer lentement un ou plusieurs masticatoires, suivant le degré d'hypopepsie, pendant 1/2 ou 3/4 d'heure.

Incorporer dans chaque masticatoire 0.10 de pepsine titre 300 (1).

Cette médication a pour résultat d'apporter à l'estomac le ferment protéolytique qu'il secrète en trop faible quantité au moment où la sécrétion se ralentit. L'excitation de la muqueuse buccale provoque une sécrétion reflexe du suc gastrique, la salive sécrété et ingérée vient en outre concourir à l'élaboration normale du chyme par son action favorisante de la digestion gastrique bien mise en lumière par les expériences du Professeur Roger.

Sous l'influence de cette médication, la solubilisation des aliments est accélérée, l'estomac se vide rapidement si aucun obstacle mécanique ne s'y oppose.

Le traitement par les masticatoires pepsiques répond aux indications suivantes :

1° Il excite le reflexe gustatif, dont Paulow a démontré l'importance sur la sécrétion gastrique, réflexe qui se trouve aboli par l'état saburral observé chez la plupart des dyspeptiques ;

2° Il augmente la sécrétion salivaire, qui active la digestion gastrique ;

3° Il augmente le pouvoir protéolitique du suc gastrique par l'apport du ferment actif nécessaire.

Il est très important de n'employer que des pepsines très actives ; avec les pepsines au titre du Codex français on n'obtient que des échecs.

C'est ce qui explique l'indifférence de la plupart des praticiens français pour cette médication et au contraire la vogue de ce traitement en Amérique.

Bien maniée, la médication par les masticatoires pepsiques procure rapidement le soulagement des malades.

---

### UNE OBSERVATION DE TATALGIE

### due à des Exostoses rétro et sous-calcanéennes

Par le Docteur REGAD

Dorant le cours de l'été 1908 nous fûmes appelé à l'établissement thermo-résineux des Beaumes (près Valence) auprès d'une femme d'une cinquantaine d'années qui venait se soumettre au traitement par les étuves sèches pour des douleurs siégeant au niveau du membre inférieur droit. Ces sensations existaient depuis deux ans environ et la malade avait épuisé les ressonrces de la thérapeutique. L'amélioration sensible qu'elle ressentit ne fut pas de longue durée. Au mois de novembre 1909

(1) On trouve des formules de masticatoire dans le *Bulletin des Sciences pharmacologiques* t. XIV p. 414.
Mélange de gomme chiclé et de sucre.

| | |
|---|---|
| Gomme chiclé | 0,20 |
| Sucre | 0,40 |
| Pepsyne titre 300 | 0,10 |

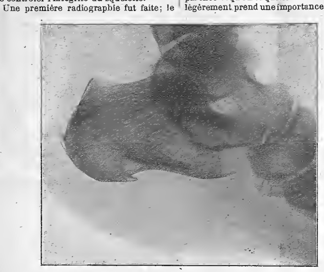
pour un masticatoire

nous revîmes la malade dans notre cabinet; mais le tableau clinique avait quelque peu changé.

A la douleur qui siégeait dans les muscles du mollet et surtout à la partie inférieure du tendon d'Achille était venue s'ajouter lors de la station debout une douleur exquise ayant comme centre d'irradiation la face inférieure du talon du même côté. L'inspection de la région ne révélait rien d'anormal, le toucher ne permettait pas de réveiller une sensation pénible; il fallait une pression assez intense pour provoquer en un point correspondant aux tubercules inférieurs du calcanéum la douleur que la malade ressentait dans la position verticale. Nous pensâmes à une localisation rhumatismale au niveau de la bourse séreuse sous-calcanéenne, mais la douleur était si localisée et si intense que nous décidâmes de contrôler l'intégrité du squelette.

Une première radiographie fut faite; le rayon normal tombant au niveau du calcanéum, mais le pied étant placé horizontalement sur la surface sensible. Ce cliché ne révéla rien d'anormal. Nous plaçâmes alors le talon obliquement à 45° environ par rapport au plan de la plaque et ce cliché nous montra nettement deux exostoses, l'une rétro-calcanéenne, l'autre sous-calcanéenne correspondant exactement au point douloureux au niveau des tubercules du calcanéum à l'insertion de l'aponévrose plantaire. Le diagnostic n'était plus douteux, la talalgie était due à ces exostoses; il n'était plus question de traitement médical, l'intervention chirurgicale pouvait seule guérir la malade.

Voici donc une femme intelligente et énergique qui mène une vie laborieuse. Obligée de surveiller un commerce important, elle passe une grande partie de la journée dans la station debout; elle ressent des douleurs vagues localisées aux muscles du mollet; elle a eu jadis des manifestations rhumatismales légères dans des régions diverses de l'organisme; on la soigne à un moment donné pour des lésions oculaires mal déterminées qu'on rattache au rhumatisme; sa santé générale reste bonne malgré tout : le diagnostic semble s'imposer; on croit être en présence de simples douleurs rhumatismales musculaires. Elle suit tour à tour scrupuleusement les ordonnances de nombreux médecins, et non des moindres, et cela sans aucun bénéfice. Son commerce souffre de son inaction, elle se voit dans l'obligation de l'abandonner; c'est pour elle un souci de tous les instants, le repos obligatoire, la liquidation de la situation florissante laissée par son mari en mourant; c'est un vrai désastre. Dans bien des cas signalés, la disproportion entre les lésions et leurs conséquences pratiques est considérable. L'homme, bien plus souvent que la femme, se voit frappé dans son activité et obligé de modifier à son détriment sa manière de vivre. Cette lésion banale en apparence et qu'on étiquette au début souvent légèrement prend une importance que seuls constatent les praticiens consultés à la période où le malade n'a plus le loisir d'attendre et de se contenter de formules dénuées d'efficacité. Si la maladie ne tue pas son homme, elle le conduit à la misère ou à la retraite anticipée et c'est par ce côté pratique qu'elle revêt une importance digne d'attention.



Une Observation de Tatalgie due à des Exostoses rétro et sous-calcanéennes

Comme bien des affections bénignes qui n'intéressent pas la vitalité de l'organisme, la tatalgie n'a été bien étudiée que depuis quelques années. Les cas semblent rares; à notre avis, ils doivent être plus fréquents qu'on ne le pense, mais ils sont méconnus ou négligés. La radiographie a mis en lumière une des causes et l'observation que nous indiquons est l'exemple de ce qui se passe dans la réalité.

On a signalé bien des facteurs étiologiques. Evidemment, la tatalgie n'est qu'un symptôme, les causes sont multiples; elles interviennent parfois de concert. Nous ne sommes pas fixés sur la succession chronologique de ces influences diverses, et nous n'avons pas l'intention d'attribuer aux exostoses calcanéennes un rôle initial et unique, il nous semble plutôt que cette phase, tangible depuis l'examen radiographique, est l'état ultime d'un processus d'irritation périostique qui lui-même trouve son origine dans une ou plusieurs des influences invoquées par les différents auteurs.

Dans le cas de notre malade, nous ne relevons aucune infection grippale, blennorragique ou syphilitique, aucun traumatisme violent, mais la station debout prolongée a pu, par des traumatismes répétés chez une rhumatisante, amener une transformation fibreuse du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, un certain degré d'ostéite hypérostosante. Les lésions névritiques signalées par Jacquet, Brousse et Berthier, expliquent suffisamment les sensations douloureuses si pénibles qu'à elles seules elles dominent toute la scène et imposent un traitement énergique.

La tatalgie est peu fréquente chez la femme, les cas publiés sont rares, elle n'en est que plus susceptible d'être méconnue. Nous croyons qu'en de telles circonstances la radiographie doit se placer au premier rang des moyens d'investigation. Elle donne au praticien qui voit l'affection à son début le moyen d'épargner à son malade de longues souffrances et des frais souvent énormes. Une seule épreuve n'est pas suffisante, il faut examiner le calcaneum sous plusieurs incidences afin d'obtenir le maximum de garanties. Enfin, nous croyons utile, si l'examen est resté négatif, de le répéter après quelques mois, car le premier cliché a pu être pris à un moment où les tissus en formation n'avaient pas encore acquis les qualités de densité nécessaires pour fournir une image. Etant donné le peu d'épaisseur des tissus examinés, il faut employer des rayons n° 5 du radiochromomètre de Benoît qui donnent le maximum de différenciation des ombres.

Le traitement chirurgical est simple. L'ablation de l'exostose, la destruction de la prolifération fibreuse dans le coussinet graisseux de la region talonnière et de la bourse séreuse sous-calcanéenne enflammée amènent la disparition de la douleur et rendent aux malades la possibilité de satisfaire à toutes les obligations d'emplois pénibles qu'ils avaient cru devoir abandonner à tout jamais.

---

## La Neurasthénie de l'Estomac

Par le Docteur SOLO LEBOVICI, de Paris

Parmi les différentes formes cliniques de la neurasthénie, on en trouve une, qui appartient particulièrement à l'estomac, d'où la dénomination de neurasthénie stomacale ou psycho-névrose gastrique.

Pour faire ressortir davantage le caractère de cette maladie, qui consiste dans une digestion difficile, lente et laborieuse, on la désigne encore sous le nom de dyspepsie nerveuse.

Elle constitue certainement plus de moitié des gastropathies dont sont affligés les malades venant consulter le médecin, et nous comprendrons mieux cette proportion si nous envisageons le rôle immense, peut-on dire, que le système nerveux joue

dans l'acte de la digestion, soit à titre réflexe, soit à titre psychique.

La neurasthénie gastrique peut être attribuée à deux causes différentes.

Elle peut être le résultat d'un trouble fonctionnel primitif du système nerveux (comme dans la neurasthénie ou l'hystérie) sans qu'il existe au préalable aucune lésion manifeste de l'estomac. C'est la psycho-névrose gastrique essentielle.

En deuxième lieu, cette gastro-névrose peut être le résultat d'une maladie chronique de l'estomac et compliquée ultérieurement d'une neurasthénie; dans ce cas-là, la douleur a une double origine, l'une est due à l'élément psychique d'une part et à la lésion organique de l'autre part. Nous l'appellerons, pour la différencier de la première : psycho-névrose gastrique symptomatique.

Enfin, nous rappelons pour mémoire, en rattachant au groupe de gastropathies symptomatiques, les gastropathies réflexes, dont le point de départ se trouve soit dans les organes génitaux notamment de la femme, soit dans un rein mobile, soit dans une affection hépatique quelconque.

Quelle que soit la façon dont débute cette névrose stomacale, qu'un neurasthénique soit atteint secondairement de manifestations dyspeptiques ou qu'un dyspeptique soit devenu ultérieurement névropathe, le principal fait à retenir au point de vue pathologique, c'est l'affaiblissement de la force motrice de l'estomac par atonie de la fibre musculaire.

Cette asthénie augmente avec le spasme du pylore, devenu presque permanent chez les névrosés, et, comme corollaire à cette faiblesse d'une part et au spasme pylorique d'autre part, l'estomac se laisse distendre et dilater.

Par l'insuffisance de mouvements péristaltiques nécessaires à braser et imbiber la masse alimentaire des sucs digestifs, la digestion et la progression des aliments se trouvent forcément ralenties, d'où stase alimentaire.

Enfin, en rapport encore avec l'atonie et la paresse du muscle gastrique, on trouve, à un examen minutieux, des troubles chimiques (comme fermentations anormales, hyper ou hypoacidité), qui contribueront de produire à la longue des véritables gastrites chroniques.

Quant aux troubles subjectifs ressentis par les malades, ils sont nombreux et aussi excessivement variables.

L'appétit, habituellement perverti est très capricieux, tantôt il est augmenté, tantôt diminué, allant même jusqu'à l'anorexie complète.

Le malade éprouve une sensation de plénitude avant l'ingestion même des aliments et l'estomac se ballonne aussitôt après le manger.

La digestion se fait lentement; le sujet a souvent des renvois, des congestions de la face, de la céphalée, envie de dormir, parfois des étourdissements et des palpitations.

Les vomissements ne sont pas rares. L'aptitude au travail est diminuée après les repas.

La constipation est de règle générale et dure des jours et des semaines si le malade n'avait pas recours de temps en temps aux purgatifs.

Le caractère du malade est très changeant : impressionnable outre mesure, il cherche toujours la tranquillité et le repos absolu.

Voilà succinctement quelques symptômes éprouvés par les malades et dont une partie se retrouve dans les stigmates de la neurasthénie proprement dite.

Une fois le diagnostic de neurasthénie gastrique bien posé et après avoir différencié les malades avec lésion de ceux sans lésion, on pourra faire une thérapeutique appropriée à chaque cas.

Les psycho-névroses gastriques symptomatiques sont justiciables d'un traitement se rapportant d'abord à la cause même de la gastropathie — *sublata causa tollitur effectus* — et ensuite du traitement convenant aux gastro-névroses en général.

Comme la plupart de ces malades sont des névrosés nous trouvons dans la psychothérapie un élément de traitement fort important.

La suggestion par raisonnement et persuasion nous rendra des grands services et nous permettra de lutter avec succès contre un spasme du pylore ou une anorexie psychique.

Contre un fonctionnement défectueux de l'estomac on emploiera la sonde stomacale pour l'évacuer et au besoin le laver.

Le professeur Bourget, de Lausanne, préconise encore avec succès l'auto-lavage de l'estomac qui ne nécessite pas la sonde, à condition que le pylore soit perméable.

Voici la technique qu'il préconise :

On fait ingurgiter au malade 100-200 cmc. de liquide, de préférence tiède et alcalin suivant la formule :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude pur. .... | 8 gr. |
| Phosphate de soude desséché.. | 4 gr. |
| Sulfate de soude desséché...... | 2 gr. |
| Eau .......................... | 1.000 gr. |

puis on le fait coucher sur le ventre sur un plan un peu résistant, par exemple à travers d'un lit ou simplement sur le plancher.

Dans cette position on recommande au malade de respirer aussi profondément que possible.

Quinze à vingt respirations très profondes suffisent pour faire passer le contenu stomacal par le pylore.

On peut recommencer la manœuvre aussi longtemps que l'on juge utile.

L'hydrothérapie tiède, les affusions et les enveloppements humides compléteront le traitement et rendront aussi des grands services, de même que les compresses chaudes sur l'estomac.

Les alcalins dans l'hyperchlorhydrie, les amers stomachiques dans l'hypochlorhydrie et enfin les strychnées stimuleront avec avantage la fibre stomacale flasque et atone.

Les toniques nervins réveilleront l'organisme affaibli et fortifieront les malades.

Pour finir le régime alimentaire jouera un grand rôle.

On évitera les mets épicés, faisandés, la charcuterie, les sauces, les graisses, les crudités, les liquides en abondance, les salaisons, les bouillons clairs, etc.

On luttera contre la constipation en prenant le matin à jeun un verre de Vichy (Célestins) ou une cuillerée à dessert d'huile de ricin.

Contre l'excitabilité particulière des malades on se trouvera bien d'user avec modération de quelques lavements calmants (bromures) administrés le soir avant coucher.

## REVUE DE BIOLOGIE

### Apparition en masse de myéloblastes non granuleux au cours de la leucémie myéloïde.

Dans trois cas de leucémie myéloïde typique suivis dans le service de M. Béclère, MM. Ed. Rist et Henri Béclère ont vu apparaître à un moment donné des éléments qui, jusqu'ici, n'y ont pas été signalés. Il s'agit, d'après eux, de myéloblastes identiques morphologiquement aux éléments caractéristiques de la leucémie lymphoïde aiguë. Ces faits établissent un lien évident entre la leucémie aiguë et la leucémie myéloïde.

(*Soc. de Biol.*).

### Résistance globulaire dans les pleurésies hémorragiques.

M. Lafforgue a étudié la résistance globulaire des hématies de l'épanchement dans deux cas de pleurésie hémorragique, l'une métapneumonique, l'autre rhumatismale. Dans les deux cas, il a trouvé des globules à résistance diminuée. La diminution paraît tenir à une action adultérante du liquide pleural sur les hématies, l'augmentation à la production d'une substance protectrice réactionnelle, adhérente aux hématies, émanant d'elles et non diffusée dans le milieu ambiant. Rapprochant ces faits et ceux observés par Guillain et Troisier dans un hématome pleural, on doit se demander s'il n'y a pas, pour les diverses variétés d'épanchement hémorragique, une formule spéciale de résistance globulaire.

(*Soc. de Biol.*).

### Toxicité des sels de plomb sur les centres nerveux. Leur période d'incubation.

Pour M. J. Camus, les injections intra-rachidiennes de solutions faibles de sels de plomb donnent à des doses très minimes des accidents nerveux de la plus haute gravité qui sont précédés d'une période d'incubation. Si on injecte dans le liquide céphalo-rachidien d'un chien de 12 kilos un centimètre cube d'une solution de chlorure de plomb à 2 p. 1.000, soit 2 milligrammes, l'animal ne présente aucun symptôme morbide immédiat et se porte parfaitement pendant deux ou trois jours. Après cette période d'incubation, il est pris d'hallucinations, d'agitation, parfois d'hydrophobie, de convulsions toniques et cloniques.

Il tombe peu à peu dans le coma et meurt en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les mêmes accidents se produisent par injection de sels de plomb sous les méninges crâniennes ou dans les ventricules latéraux; mais l'injection dans la substance blanche sous-corticale n'est suivie, même après plusieurs semaines d'attente, d'aucun fait appréciable.

L'acide sulfhydrique permet à l'autopsie de reconnaître les régions intéressées par le plomb.

(*Soc. de Biol.*).

### Essai de neutralisation des sels de plomb au niveau des centres nerveux.

MM. Jean Camus et M. Nicloux ont tenté de neutraliser *in vivo* au niveau même des centres nerveux les sels de plomb introduits expérimentalement dans le liquide céphalo-rachidien. Ils ont pour cela injecté dans ce liquide

chez le chien des solutions titrées d'acide sulfhydrique; or les injections n'ont pas empêché les accidents toxiques mortels du plomb de se produire et cependant on trouvait à l'autopsie, à la surface du névraxe, des zones noires prouvant que l'acide sulfhydrique avait bien précipité les sels de plomb. Les auteurs ont alors injecté du sulfure de plomb dans le liquide céphalo-rachidien et ont constaté à la suite, quoique plus tardivement, les mêmes accidents qu'avec les sels solubles.

Ils font remarquer combien il est curieux de voir un composé stable et insoluble, tel que le sulfure de plomb, subir dans l'organisme des transformations qui le rendent capable de déterminer de tels accidents toxiques.

(*Soc. de Biol.*).

**Variation de la chaux intestinale dans quelques maladies générales.**

MM. Loeper et Béchaux ont étudié l'élimination calcaire de l'intestin dans un certain nombre d'états morbides, d'origine infectieuse ou toxique. Les processus phlegmasiques paraissent diminuer notablement l'élimination calcaire, la fièvre typhoïde l'augmente. La convalescence fait apparaître les modifications inverses.

Les pertes calculaires sont généralement faibles dans la tuberculose. Les résultats sont inconstants dans les affections du foie et des reins. L'athérome ne s'accompagne que de très faibles diminutions. L'hyperchlorhydrie donne une déminéralisation parfois considérable, de même l'oxalurie, l'acidose, l'ostéomyélite, le rachitisme aigu; dans la réparation des fractures, il y a au contraire une forte diminution de la chaux.

(*Soc. de Biol.*).

**Recherches sur l'autolyse aseptique du foie de lapin normal.**

MM. Gaffier et Sabareanu ont placé les morceaux de foie dans des flacons ne contenant aucun liquide (ni eau salée, ni substance antiseptique); après quarante-huit heures de séjour à l'étuve, chaque morceau de foie laisse exsuder environ un tiers de son poids de liquide, et jusqu'à la moitié après seize jours. L'examen chimique montre que la présence d'eau et de graisse ne présente que de très faibles variations. L'augmentation de la graisse constatée à l'examen histologique semble due principalement à la rétraction du tissu, le liquide exsudé étant bien pauvre en graisse.

Seule, la quantité de savons augmente fortement.

(*Soc. de Biol.*).

**La sidérose du foie des nourrissons.**

MM. Triboulet, Ribadeau-Dumas et Harvier ont pu par les méthodes histochimiques trouver du fer dans 14 cas sur 52 foies étudiés. Tandis que dans les maladies aiguës (bronchopneumonie, rougeole, tuberculose aiguë), on observe surtout la stéatose, on trouvera la sidérose de façon constante chez les athrepsiques. Le pigment ferrique se présente sous forme de gros blocs dans les cellules endothéliales des capillaires, en émulsion fine dans la travée hépatique, où il se dispose le long des capillicules biliaires.

Aux foies stéatosés et ecchymotiques répond une bile claire et rouge hématique; aux foies d'athrepsiques, une bile foncée donnant la réaction de Gmelin.

Comme, chez ces derniers, le sublimé acétique ne donne pas dans les selles la réaction de la bile ou de ses dérivés, sauf parfois aux derniers moments de la vie; il faut admettre tout moins une chasse biliaire imparfaite.

(*Soc. de Biol.*).

**Réactions méningées consécutives aux injections sous-arachnoïdiennes lombaires de sérum de cheval et de sérum artificiel.**

MM. Sicard et Sabin ont, dans un but thérapeutique, pratiqué ces injections chez certains vésaniques. Le liquide céphalo-rachidien, normal avant l'injection, se peuplait rapidement de polynucléaires nombreux, faisant place progressivement à des lymphocytes. Cette réaction peut persister plus de six semaines après une seule injection, quel qu'ait été le sérum employé (antiméningococcique, antidiphtérique ou antitétanique). Ainsi certains sérums isotoniques et dépourvus de tout toxique chimique sont aptes à provoquer dans le liquide céphalo-rachidien une très importante exode cellulaire. Cette réaction expliquerait peut-être chez les méningitiques cérébro-spinaux la supériorité thérapeutique de l'injection intrarachidienne et elle aiderait peut-être l'action bactéricide et antitoxique du sérum spécifique.

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

**Diagnostic des corps fibreux de l'utérus** (Conférence par M. Piquant, chef de clinique), Hôtel-Dieu, (*Concours médical*).

Je voudrais vous dire quelques mots sur les principaux signes des fibromes de l'utérus et sur les principales erreurs à éviter dans le diagnostic de cette affection.

On désigne, sous le nom de fibrome, des tumeurs histologiquement bénignes, constituées par du tissu musculaire, analogue aux fibres musculaires utérines, et du tissu conjonctif. Ces tumeurs, développées d'abord dans l'épaisseur de la paroi utérine pour constituer le fibrome interstitiel, peuvent rester dans cette paroi. Le plus souvent, elles tendent à faire saillie, soit en haut du côté de la cavité abdominale, soit en bas, du côté du vagin. Du côté abdominal, elles deviennent sous-péritonéales, quelquefois se pédiculisent. Du côté de la cavité utérine, elles deviennent sous-muqueuses et peuvent également se pédiculiser. Vous voyez qu'il existe ainsi trois grandes variétés de fibromes : interstitiel, sous-péritonéal (pédiculisé ou non) et sous-muqueux (pédiculisé ou non). Je ne considérerai aujourd'hui que le fibrome interstitiel et sous-péritonéal.

La femme atteinte de fibrome accuse généralement un certain nombre de symptômes fonctionnels qui sont de trois ordres : 1° des pertes, surtout hémorragiques; 2° des douleurs; 3° des accidents de compression.

L'hémorrhagie est le symptôme dominant. La femme raconte que ses règles sont plus abondantes, plus prolongées. Ces deux caractères : durée plus longue et abondance plus grande des règles, constituent le phénomène morbide appelé ménorrhagie. Dans la suite, si le fibrome tend à devenir sous-séreux et se pédiculise vers le péritoine, les ménorrhagies diminuent en général. Si, au contraire, la tumeur vient faire saillie vers la cavité utérine, les hémorrhagies augmentent de fréquence et apparaissent dans l'intervalle des règles, ce que l'on nomme métrorrhagies. Ces hémorrhagies s'accompagnent parfois de pertes séreuses, moins importantes.

Les douleurs revêtent ordinairement un caractère bénin. La tumeur gêne par sa pesanteur. Lorsque le fibrome arrive à se dégager, il peut entraîner les douleurs de compression. Toutefois, les phénomènes douloureux les plus intenses sont ceux qui se produisent dans la forme pédiculisée sous-muqueuse, alors que l'utérus se contracte comme pour expulser la tumeur polypoïde contenue dans sa cavité.

Les symptômes de compression sont irréguliers et inconstants. Le fibrome développé en avant et enclavé peut comprimer la vessie, déterminer des troubles vésicaux, de la rétention d'urine. De même, le fibrome développé du côté du rectum, comprime celui-ci, donne des troubles de défécation. Mais, c'est surtout le fibrome latéral qui, par la compression de l'uretère, peut entraîner des accidents sérieux, susceptibles d'aboutir à l'urémie. J'insiste sur ces phénomènes de compression urinaire qui sont, je crois, une des complications les plus importantes des fibro-myomes.

La femme atteinte de fibrome vient donc consulter, en accusant des pertes sanguines, quelquefois des douleurs, plus rarement des accidents de compression. Cela suffit, évidemment, pour attirer l'attention du côté génital.

Le premier mode d'examen sera le palper abdominal. Ce palper fournira des renseignements importants lorsque la tumeur est volumineuse. On trouvera une masse plus ou moins arrondie, plus ou moins mobile. Les renseignements sont beaucoup moins précis lorsque la tumeur est peu volumineuse.

Le second mode d'examen est le toucher vaginal. Pour le pratiquer, la première chose est de mettre la malade en bonne position. Vous devez savoir toucher des deux mains, car souvent vous aurez à examiner des femmes dont le lit est disposé pour toucher à gauche. En outre, les sensations sont parfois plus exactes lorsqu'on touche des deux mains. Dites à la patiente de se rapprocher du bord du lit, de fléchir les cuisses (pour relâcher la paroi abdominale) et de placer les poings fermés sous le sacrum. Vous touchez avec l'index enduit de vaseline, en ayant soin d'aller d'abord en arrière et de tomber dans le vagin en ramenant le doigt d'arrière en avant. L'index ayant dilaté un peu le vagin, vous introduisez le médius : le toucher avec deux doigts est plus facile, et pas plus douloureux chez les multipares. Vous allez rencontrer le col de l'utérus. Je vous recommande de bien poser l'avant-bras horizontalement sur le plan du lit. Vous arrivez facilement sur le col. Recherchez s'il est bien placé et explorez les culs-de-sac. Au cas de fibrome interstitiel, vous constaterez que le col est un peu élevé. Au cas de fibrome bas situé, vous pourrez avoir des renseignements intéressants. Vous concevez qu'il va repousser la paroi antérieure, s'il est en avant; vous allez butter contre cette masse, avec en arrière le col et en arrière le cul-de-sac postérieur très réduit. Dans le fibrome postérieur, les phénomènes sont inverses. Vous terminerez le toucher en déterminant l'état des annexes.

Les renseignements les plus importants sont ceux que procure le toucher combiné au palper. Vous laissez le doigt dans le vagin et, avec l'autre main, vous déprimez les muscles de la paroi abdominale jusqu'à ce que vous arriviez au niveau de l'utérus. Dans ces conditions, vous appréciez les dimensions, la forme, la consistance de la tumeur. Le renseignement capital est le suivant : la tumeur fait-elle corps avec l'utérus ou en est-elle indépendante. Comment le savoir ? Théoriquement, si la tumeur fait partie de l'utérus, tout mouvement qui lui est imprimé se communique à l'utérus et réciproquement. Lorsque vous mobilisez la tumeur d'un côté, le col de l'utérus se déplace en sens opposé. Dans un certain nombre de cas, ce signe est extrêmement net; mais d'autres fois, il l'est beaucoup moins et, pour être fixé, il faut répéter l'exploration plusieurs fois.

Ayant fini avec ces renseignements, vous pouvez faire le toucher rectal. Il est inutile ordinairement. Reste l'examen au spéculum, qui ne donne pas non plus d'indications bien considérables. Vous pouvez trouver un col légèrement augmenté, légèrement entr'ouvert. L'application du spéculum permet une exploration plus utile, je veux dire l'hystérométrie. Vous fixez une lèvre du col avec une pince de Museux, vous introduisez l'hystéromètre auquel vous donnez la courbure de l'utérus et vous mesurez la cavité utérine. Mais, auparavant, vous devez vous assurer que la femme n'est pas enceinte, qu'elle a eu ses dernières règles. L'hystéromètre montrera que la cavité utérine est augmentée, qu'au

lieu de 6 et 7 centimètres, elle a 11, 12, 15 centimètres et même davantage. Cette grande profondeur de l'utérus est un signe de premier ordre.

On fera l'examen général de la malade, qui n'offre rien de particulier. Je vous indiquerai seulement l'importance de l'examen du cœur: assez fréquemment, dans ces fibromes, il y a des cardiopathies.

Donc, vous avez pu reconnaître une masse, de volume variable, dans l'abdomen. Il semble qu'elle fait corps avec l'utérus dont la cavité est accrue. Vous avez tous les droits de porter le diagnostic de fibrome. Cependant, il est des affections qui peuvent induire en erreur surtout lorsque les signes n'ont pas une netteté absolue.

Ces cas douteux se groupent en deux variétés ; dans la première, la tumeur ne semble pas faire corps avec l'utérus ; dans la seconde, la tumeur semble faire corps avec l'utérus.

Le fibrome pédiculé, qui ne semble pas faire corps avec l'utérus, peut être confondu avec toutes les tumeurs de la région, fibrome, kyste du ligament large (en bas), hématocèle (en arrière), vessie (en avant). Pour le distinguer on s'orientera sur les signes physiques, le rapprochement de la tumeur de l'utérus, l'augmentation de la cavité utérine, l'âge de la malade (20 à 50 ans pour le fibrome), les phénomènes fonctionnels, les hémorrhagies. Dans tous les cas, d'ailleurs, il y a lieu d'intervenir. Je vous mets en garde contre la consistance de la tumeur : des tumeurs liquides très tendues peuvent être fermes et il est, d'autre part, des fibromes qui sont ramollis, œdématiés, kystiques.

Larroyenne, de Lyon, a donné un signe différentiel. Dans le fibrome pédiculé, il n'y aurait jamais rétrodéviation de l'utérus. Au contraire, dans les tumeurs ovariennes, il y aurait toujours rétroversion ou rétroflexion. Ce signe a été vu en défaut.

Pour les tumeurs faisant corps avec l'utérus, les erreurs sont moins nombreuses, mais plus importantes. On peut confondre le fibrome avec la métrite chronique et les tumeurs malignes de l'utérus. L'hypertrophie dans la métrite est moindre, ordinairement, que dans le fibrome. Dans la métrite, il y a plus de douleurs et des pertes. Les tumeurs malignes, et surtout le sarcome, peuvent simuler, au moins au début, le fibrome. Lorsque vous bésiterez, vous dilaterez l'utérus, vous introduirez le doigt dans sa cavité pour examiner la muqueuse et au besoin détacher une partie du néoplasme en vue d'une biopsie.

Arrivons maintenant à ce que nous considérons comme le point capital, je veux parler du diagnostic du fibrome et de la grossesse. *A priori*, il est facile et il semhle que la question ne se pose même pas. Dans le fibrome, il y a des hémorrbagies; dans la grossesse, il y a arrêt des règles. Le fibrome est une tumeur dure, la grossesse donne une tuméfaction de consistance élastique. Dans la grossesse, il y a des signes sympathiques. Mais tous ces caractères peuvent être en défaut. Dans la grossesse il peut y avoir persistance de pertes et certains fibromes peuvent s'accompagner d'arrêt des règles, avec hématométrie. Il faut aussi tenir compte que les malades ne demandent parfois, qu'à tromper. M. Reclus a raconté l'bistoire suivante. Une femme de 50 ans, en paraissant 70, et vivant éloignée de tout centre masculin, se présente avec une tumeur considérée comme un fibrome, accusant des hémorrhagies. On l'opère et on trouve une grossesse. L'auteur du délit était un jeune berger de 14 ans, habitant le voisinage. Il ne faut donc pas tenir trop de compte, ni de l'âge, ni des renseignements de l'intéressée. Le diagnostic est quelquefois difficile, même le ventre ouvert. Il n'existe aucun signe pathognomonique. Aussi, lorsque vous aurez des hésitations, n'opérez pas; attendez. Ne vous fiez ni aux dires de la malade, ni aux caractères physiques. Attendez le terme de la grossesse : si c'est un fibrome, l'attente n'est pas préjudiciable ; si c'est une grossesse, vous éviterez une importante erreur.

---

## REVUE D'UROLOGIE

**Séparation des urines et coliques hépatiques,** par le Dr. Adenot (*Lyon médical*).

On sait combien il est parfois difficile de distinguer la symptomatologie douloureuse des voies biliaires de celle du rein. La piqûre de morphine libère le malade de sa douleur, mais non de ses doutes. N'a-t-on pas vu tont récemment un malade refuser de payer les bonoraires de son médecin, sous prétexte qu'il souffrait d'une affection rénale qu'un autre avait attribué à la vésicule !

C'est qu'en effet les formes frustes de la cholécystite calculeuse et de la colique bépatique peuvent simuler tout à fait et pendant de longs mois les crises rénales, voire même les coliques néphrétiques et réciproquement.

Si l'on remarque d'autre part que ces cas douteux concernent généralement des femmes dont le nervosisme plus ou moins développé s'exagère sous l'influence de douleurs vagues et mal localisées, on comprend davantage les hésitations du diagnostic.

Parmi les moyens réellement utiles au diagnostic, un des plus sûrs et des plus précis est certainement la séparation endovésicale des urines. Les cas douteux en question concernent, comme nous l'avons dit, presque toujours des femmes, la séparation des urines est donc assez aisée ponr être pratiquée facilement.

On comprend que l'analyse des urines de chaque rein comparée à l'urine vésicale totale permettra d'établir, suivant l'identité ou non de leur composition, que les reins sont ou ne sont pas en cause.

Dans l'observation suivante, la séparation fut accompagnée de circonstances particulières qui nous ont paru intéressantes à rapporter.

On peut constater, en effet, que les pigments biliaires apparurent dans l'urine justement au moment de la séparation et l'identité absolue des diverses urines recueillies, a permis d'affirmer qu'il s'agissait bien, comme nous le soupçonnions, de malaises du foie. et qu'il n'existait pas de troubles du côté du rein correspondant.

Observation (octobre 1903).

Mme P... habite la Maurienne. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a trois ans et demi. Depnis trois ans environ, elle souffre de douleurs vagues, courtes; plus ou moins vives dans le flanc droit. Ces douleurs s'accentuent depuis quelques mois ; elles se produisent et cessent « comme nne gifle » dit la malade dans son langage pittoresque.

Les crises douloureuses ont augmenté beaucoup depuis six mois.

Le médecin traitant pensa successivement à des accidents douloureux du côté de la vésicule, à des crises de cholécystite, à des coliques hépatiques ou à des coliques néphrétiques.

Parfois, en effet, la malade présentait des irradiations douloureuses vives du côté de l'abdomen et de l'bypogastre, laissant croire plutôt à des coliques népbrétiques.

Depuis quelques temps, les douleurs s'accentuent et nécessitent des piqûres de morphine. L'examen de la région du foie et de la région rénale ne permit pas grand renseignement. Le foie et la vésicule sont inaccessibles.

La malade est d'ailleurs affectée d'un embonpoint respectable qui rend l'exploration particulièrement difficile.

Le rein n'est pas senti nettement, quelque soin qu'on mette à le rechercher.

En résumé, nous hésitons sur le point de départ des crises douloureuses tout en penchant pour l'origine hépatique.

La malade est très nerveuse.

16 *octobre*. — Dans la nuit à l'Hôtel, crise douloureuse nécessitant une piqûre de morphine. Pas de réaction vésicale.

Les irradiations douloureuses s'étendent a tout le flanc droit jusqu'à l'aine et non vers l'épaule.

La malade ne devant faire à Lyon qu'un séjour de très courte durée, nous décidons avec le Dr Rafin, appelé en consultation, de pratiquer la séparation des urines, pensant trouver dans la composition de celles-ci des élément de diagnostic.

Voici les divers résultats d'analyses d'urine effectuées par M. Aubert, pharmacien en chef de la Charité.

*Urines du 15 octobre (nuit).*

Coloration normale ; réaction acide normale.

Pas d'albumine, pas de sucre.

Pas de pigments biliaires ; pas de peptones.

Pas de mucine en dissolution.

Réaction très forte de l'acide urique.

Forte réaction de l'urobiline, quoique la coloration de l'urine fut peu intense.

Densité : 1.029.

Urée : 33 gr. 2 par litre.

Acide urique : 1 gr. 32 par litre.

$$\frac{\text{Acide urique}}{\text{Urée}} \quad \frac{1}{25}$$

Urines centrifugées ; léger sédiment formé de mucus, de quelques cellules épithéliales banales, et d'une assez grande quantité de cristaux d'oxalate de cbaux.

*Urines du 16 octobre (matinée).*

Coloration plus jaune que celle de la nuit.

Réaction acide faible.

Pas d'albumine.

Pas de réaction de Gmelin, dite des pigments biliaires.

Très forte réaction de l'acide urique.

Très forte réaction de l'urobiline.

Densité : 1.027.

Urée : 21 gr. 20 par litre.

Centrifugation : mucus, quelques cellules épithéliales banales, quelques cristaux d'oxalate de chaux.

*Urines du 16 octobre (nuit).*

Réaction acide forte.

Coloration jaune plus forte que les précédentes.

Pas de sucre.

Pas de réaction de Gmelin, dite des pigments biliaires.

Faibles traces d'albumine.

Très forte réaction de l'urobiline.

Densité : 1.030.

Urée : 20 gr. 7 par litre.

Sédiment obtenu par centrifugation, cellules épithéliales banales, quelques traces d'oxalate de chaux, quelques globules rouges extrêmement rares.

*Urines du 17 octobre (soir).*

Urines avant et pendant la séparation.

Même aspect que la précédente urine.

Réaction acide très forte.

Traces faibles d'albumine (comme dans la précédente urine).

Réaction de l'urobiline de même intensité que dans la précédente urine.

Très forte réaction des pigments biliaires (réaction de Gmelin).

Les urines du côté gauche et du côté droit ont absolument le même aspect, présentent la même réaction acide et la même composition.

Le hasard a fait que les pigments biliaires ont apparu dans l'urine pendant la séparation,

mais l'identité absolue des trois urines (urine des deux reins et urine totale) prouvait l'égalité de fonctionnement des reins, qui n'étaient certainement pour rien dans les douleurs ressenties par la malade.

On peut objecter que l'apparition des pigments biliaires dans l'urine indiquant la lésion hépatique, rendait la séparation dès lors inutile; mais immédiatement avant, ces renseignements faisant encore défaut, et la séparation a permis dans tous les cas de compléter le diagnostic en montrant l'identité absolue des urines recueillies et bien que celles-ci ne fussent pas normales, on pouvait se convaincre que les reins n'étaient pas en cause puisque leur fonctionnement était parallèle.

Si la séparation avait été pratiquée quelques jours plus tôt, il est hors de doute que la même conclusion s'imposât.

Quelques jours après son retour chez elle, on nous écrivit que la malade avait la jaunisse.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Comment aborder le rein dans la néphrectomie pour tuberculose.**

*Une intéressante discussion a eu lieu à la Société de Chirurgie de Lyon sur les voies d'abord du rein dans la néphrectomie pour tuberculose. Les voici résumées :*

M. Bérard avait proposé la voie antérieure comme la meilleure voie d'abord du rein dans la pyonéphrose tuberculeuse, et il préfère cette voie à la voie postérieure.

Je tiens à dire qu'il y a d'abord là une question de terminologie, et que la voie lombaire ou postérieure opposée à la voie abdominale ou antérieure est une erreur de langage. La voie lombaire est aussi bien une voie antérieure puisqu'on peut faire par cette voie une longue incision qui part en arrière pour venir en avant, quelquefois même très bas en avant. Les voies qualifiées comme vraiment distinctes sont les voies intra-péritonéale et la voie extra-péritonéale. La première est une voie à adopter pour certaines grosses tumeurs du rein ou collections du rein, quand la tumeur est très antérieure, très saillante en avant, comme dans les cas où on a pu la confondre avec une tumeur de l'abdomen ; dans ces cas, il n'y a pas à hésiter, il faut aller à travers le péritoine, décortiquer le rein et l'extraire.

Au point de vue du choix de la voie péritonéale pour la pyonéphrose tuberculeuse, je crois que, dans certaines conditions, si la pyonéphrose est considérable et fait saillie en avant, si la tumeur est greffée sur un déplacement rénal, il faut choisir la voie intra-péritonéale comme dans les cas dont j'ai parlé plus haut. Mais je crois aussi qu'il y aurait quelque inconvénient à choisir cette voie d'une manière trop systématique. Evidemment, elle a des avantages incontestables pour les tumeurs un peu volumineuses, elle permet d'aborder plus facilement le rein lui-même que la voie lombaire ; elle permet surtout d'arriver plus facilement sur le pédicule, de le lier d'une façon moins brutale, sans nécessiter les tractions trop fortes que certaines tumeurs exigent, et par conséquent, au point de vue du large éclairage du foyer opératoire, la voie antérieure paraît être parfois extrêmement utile.

On a dit aussi que cette voie intra-péritonéale pouvait servir, et c'est là un gros avantage, à vérifier séance tenante l'état du rein du côté opposé, à vérifier si le rein du côté opposé existe, puis dans quel état il se trouve.

Evidemment, je crois qu'on peut le faire, je l'ai moi-même fait dans deux cas ; j'ai pu sentir le rein du côté opposé, mais il m'a semblé que pour apprécier la qualité exacte de ce rein, on était assez mal renseigné par cette voie ; il ne suffit pas, en effet, de trouver un petit rein pour dire qu'il est sain ; il peut arriver qu'un petit rein soit un rein malade, et par conséquent cet avantage, qui paraît tout d'abord considérable, ne l'est peut-être pas en réalité d'une façon aussi nette. Bien plus, parfois on a pu croire après le palper qu'il n'y avait pas de rein du côté opposé, alors que ce rein existait cependant, mais noyé dans une grosse couche adipeuse. L'avantage qu'on a fait valoir en faveur de la voie intra-péritonéale est donc peut-être plus apparent que réel.

Il y a du reste des inconvénients à cette néphrectomie intra-péritonéale. Je ne parle pas du schok ou des complications inflammatoires du péritoine, qui sont maintenant réduites au minimum ; dans les mains d'un chirurgien exercé, dans un milieu aseptique parfait, il n'y a presque plus de schok et il n'y a plus à craindre de complications aussi graves qu'autrefois, quand on disait que la voie intra-péritonéale donnait une mortalité de 40 à 50 p. 100 et la voie lombaire de 10 à 15 p. 100. Mais il y a d'autres inconvénients que je veux faire ressortir pour qu'on ne tende pas à faire de la voie intra-péritonéale une voie trop systématique.

On cherche le rein, on l'aborde : il peut se faire que, malgré un examen extrêmement soigné, on se trouve en présence de conditions toutes différentes de celles qu'on avait prévues, qu'on trouve par exemple, non pas un rein qui nécessite une ablation, mais un cas à résection partielle, ou souvent une simple néphrostomie ; il faut, dans ce cas, pouvoir immédiatement changer son fusil d'épaule. Eh bien, je crois, dans ce cas, que la voie intra-péritonéale est moins favorable que la voie rétro-péritonéale, surtout si on a affaire à ces cas de tuberculose où on a en réalité des foyers purulents plus ou moins gros dans le rein et où la néphrostomie à travers le péritoine serait dangereuse.

Puis, il y a aussi ce fait qui est peut-être peu connu, mais que j'ai observé quelquefois et qui a déjà été signalé par M. Legueu, de Paris. Dans certains cas plus fréquents qu'on ne pense, de pyonéphrose tuberculeuse, surtout de grosse pyonéphrose tuberculeuse, il y a un foyer d'infection autour du rein, et il peut arriver qu'après avoir enlevé le rein on ait plus tard des complications ennuyeuses par suite de l'inoculation de la loge rénale par la tuberculose. Il y a des cas très nets où, malgré qu'on se soit mis à l'abri de cette possibilité d'infection, la plaie ne se ferme pas, et au bout de trois semaines ou un mois on est surpris de voir le champ opératoire garni de tuberculose. Il faut rouvrir complètement la plaie et panser à plat. Ces complications ultérieures, cette inoculation secondaire sont choses bien connues maintenant.

Si pareil accident arrive, on se trouvera, par la voie intra-péritonéale, dans de mauvaises conditions pour traiter ces complications et on aura en tout cas de gros ennuis à la suite.

Je ne voudrais pas que les partisans de la voie intra-péritonéale croient que je m'insurge contre cette voie ; elle est extrêmement utile, je le répète, dans certains cas, et même la seule à employer parfois ; mais dans les cas précisément de pyonéphrose tuberculeuse, je ne sais pas si ce n'est pas une voie d'exception ; n'y aurait-il pas alors quelque danger et des surprises désagréables pour les jeunes chirurgiens s'ils employaient, sur les conseils de leurs maîtres, systématiquement cette voie intra-péritonéale dans l'ablation de reins tuberculeux ?

M. Villard. — Dans la discussion qui a suivi la présentation de M. Bérard, la néphrectomie transpéritonéale par tuberculose rénale a eu une mauvaise presse ; M. Durand même l'a qualifiée de méthode des erreurs de diagnostic. Je ne crois pas que la néphrectomie transpéritonéale mérite d'être frappée d'un pareil discrédit, car elle conserve à mon sens des indications très précises. Pour bien comprendre ces indications il faut envisager ce que peut donner la voie antérieure et quels résultats on peut en attendre, c'est-à-dire examiner les avantages et les inconvénients de la néphrectomie transpéritonéale.

Le principal avantage de la néphrectomie transpéritonéale est d'être une opération de *jour*, une opération à ciel ouvert, dans laquelle on est toujours sûr, quel que soit le volume du rein, d'avoir une ouverture suffisante pour voir ce que l'on fait. C'est surtout du côté des organes du hile que cet avantage sera important ; en effet, lorsqu'on absorbe le rein par la voie lombaire, l'abord du hile est rendu particulièrement difficile par le volume de la tumeur qui le recouvre. Pour ma part, j'ai eu dans deux cas à me louer grandement d'avoir utilisé la voie transpéritonéale.

Dans un premier cas je me suis trouvé en la présence d'une infiltration lardacée de tout le pédicule rénal, et la pince que j'essayais de placer à son niveau sectionna les vaisseaux comme de véritables ciseaux. Je dus comprimer au doigt l'artère rénale, et je restais pendant une dizaine de minutes dans une situation critique, car toutes les tentatives de pincement des vaisseaux n'aboutissaient qu'à la déchirer davantage. Je voyais avec une certaine anxiété se rapprocher l'origine aortique de l'artère, lorsque je pus passer un fil et faire l'hémostase. Il est certain que dans ce cas si j'avais absorbé le rein par la voie lombaire, je n'aurais pu parvenir à lier la rénale.

Dans une autre circonstance, où le rein était très volumineux avec un gros paquet de périnéphrite la veine cave fut déchirée sur une petite étendue ; grâce à la voie antérieure, j'ai pu placer une pince ; là encore je suis sûr que si j'avais utilisé la voie lombaire, j'aurais perdu mon malade sur la table d'opération. Je dois ajouter cependant que cette femme mourut au bout d'une dizaine de jours, à la suite d'une embolie partie du pincement latéral que j'avais pratiqué.

La néphrectomie transpéritonéale est aussi une opération plus aseptique que la néphrectomie lombaire, en ce sens que pour les reins un peu volumineux, elle évite le morcellement et permet une dissection plus en bloc de la tumeur tuberculeuse. M. Rochet faisait allusion tout à l'heure aux faits d'inoculation de la loge rénale, n'est-il pas évident que la néphrectomie lombaire qui réclame souvent l'ouverture des poches tuberculeuses, pour réduire le rein, expose davantage à l'inoculation des parties molles que l'ablation en masse, possible par la voie antérieure !

Mais le plus souvent cette inoculation est sous la dépendance de la persistance d'un uretère tuberculeux avec fistule consécutive. Là encore, la voie abdominale me paraît supérieure à la voie lombaire, car elle permettra au cours de l'intervention de suivre aussi bas qu'on le voudra l'uretère, et de le réséquer.

A côté de ces avantages incontestables, la néphrectomie transpéritonéale présente-t-elle des inconvénients sérieux ? Le plus grand reproche qu'on lui ait adressé est celui des dangers d'infection du péritoine.

En réalité, ces dangers sont plus apparents que réels, car avec une bonne technique, l'opération est véritablement transpéritonéale, et non intra-péritonéale ; je veux dire par là que le rein peut bien être extrait au travers de la cavité péritonéale, sans cependant que les manœuvres d'extraction aient lieu dans cette cavité.

J'ai décrit, en effet, en 1898, dans la *Gazette hebdomadaire*, un procédé repris par mon élève Baubois dans sa thèse, qui met à l'abri des dan-

gers de péritonite. C'est ce procédé auquel faisait allusion tout à l'heure M. Rochet, qui en attribuait la paternité à M. Terrier. Ce procédé consiste après laparotomie sur le bord externe du droit, à inciser le péritoine pré-rénal, immédiatement en dehors du côlon, à décoller la séreuse, et à en relever deux lambeaux, immédiatement fixés ou suturés aux lèvres correspondantes du péritoine pariétal. Il résulte de cette technique une sorte de cheminée, traversant la cavité abdominale, et permettant *d'aborder le rein sans risquer d'infecter la séreuse.*

L'intervention devient, en effet, extra-péritonéale aussitôt que l'adossement séro-séreux est réalisé. Le temps intra-péritonéal a été très court, et exempt de tout danger, puisqu'il précède toutes les manœuvres sur le rein.

Ce procédé diffère considérablement de la technique indiquée par Terrier, qui conseillait le relèvement des feuillets séreux, comme temps terminal de l'intervention, destiné à assurer le drainage de la loge rénale, et non par conséquent comme un moyen d'éviter l'infection péritonéale au cours de l'ablation du rein. Pour Terrier, le cloisonnement séreux était une sorte de traitement du pédicule rénal, pour moi, au contraire, il réalise la voie d'abord du rein.

Ce procédé n'est évidemment applicable qu'aux reins volumineux.

Reste le reproche du drainage moins bon par une incision antérieure que par l'incision lombaire; ce reproche a peu d'importance, car il est facile de faire, si on le désire, une contre-ouverture lombaire, mais celle-ci ne me paraît pas du reste indispensable.

Enfin, M. Rochet émettait tout à l'heure des craintes sur la possibilité de pouvoir terminer l'intervention par une néphrostomie, dans les cas où, au cours de l'opération, l'ablation du rein n'aurait pas paru indispensable. Cette crainte ne me paraît pas justifiée, car dans plusieurs circonstances j'ai eu recours à la néphrostomie transpéritonéale, et grâce au cloisonnement séreux que j'ai indiqué plus haut, je n'ai eu aucun accident.

Il me semble donc pour conclure que la néphrectomie transpéritonéale doit garder toute sa valeur dans la tuberculose rénale avec distension. Il est certain que par les tuberculoses de peu de volume, la voie lombaire sera indiquée, mais le grand nombre des interventions faites par cette méthode n'est-elle pas la conséquence de l'usage un peu abusif de la néphrectomie dans la tuberculose rénale commençante? S'il est hors de doute qu'un rein de 100 gr. doit être enlevé par la voie lombaire, on peut se demander si son ablation est réellement justifiée. Par contre, dans les gros reins bacillaires, la néphrectomie s'impose, et par la voie antérieure toutes les fois que le volume du rein exposera par la voie lombaire au morcellement. Le terme de gros rein est vague. Est-il possible de préciser d'une manière pratique et clinique le volume rénal que réclamera la néphrectomie transpéritonéale? Voici à ce point de vue la règle que j'ai coutume d'observer. *Toutes les fois que le rein est senti par une seule main appliquée sur la paroi abdominale antérieure, il est justiciable de la néphrectomie transpéritonéale.* Cette recherche démontre, en effet, que la tumeur rénale est proche de la paroi abdominale et qu'il sera possible de faire le cloisonnement séreux que je considère comme indispensable à la sécurité de la voie antérieure.

En terminant ce plaidoyer en faveur de la voie antérieure, je suis heureux de me rapprocher bien près de ce que disait tout à l'heure M. Rochet, et d'avoir eu dans cette discussion l'appui de sa compétence spéciale.

M. Rochet. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Villard dans les conditions visées par lui. Je ne suis pas contre la voie transpéritonéale. Le signe qu'il nous a donné me paraît surtout excellent; il est certain que les cas où on peut sentir le rein par le palper antérieur, sans être obligé de s'aider de la main postérieure, sont précisément des cas où le rein est extrêmement près de la paroi antérieure, ce sont des reins surtout abdominaux, et c'est dans ces cas-là que la méthode est excellente.

M. Bérard. — Je suis heureux d'avoir provoqué cette discussion, au cours de laquelle MM. Rochet et Villard ont démontré qu'il ne fallait pas *a priori* repousser la voie transpéritonéale, dans la néphrectomie pour tuberculose du rein, et que c'était peut-être la voie de choix, comme je l'avais avancé pour les gros reins tuberculeux encore mobiles sous leur capsule. Sur les points relatifs à la valeur du drainage antérieur, à la tuberculisation secondaire du foyer opératoire, et à la possibilité d'une néphrostomie imposée au cours de l'intervention, je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit par M. Villard.

## REVUE CLINIQUE

**Cancer du corps du pancréas,** par MM. J. Mollard et L. Rimaud. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon.*)

Le cancer du corps du pancréas évoluant sans ictère est connu. A côté de la forme classique du cancer de la tête, il est mentionné dans toutes les revues générales consacrées au néoplasme du pancréas. Sa littérature se résume cependant à peu près uniquement à quelques observations assez rares, publiées isolément. Au même titre nous avons cru intéressant de vous apporter le fait suivant :

Le nommé Pierre T..., manœuvre teinturier, âgé de 56 ans, entre à l'Hôpital Saint-Pothin, le 28 décembre 1909, salle Saint-Pierre, nº 4.

Il se plaint uniquement de faiblesse générale. Il est dans un état de cachexie avancée, avec amaigrissement extrême. Interrogatoire et examen clinique doivent être rapides, en raison de la faiblesse même du malade.

On ne trouve rien à relever dans ses antécédents héréditaires.

Son histoire pathologique personnelle jusqu'à ces dernières années se résume dans les seuls faits suivants : Rougeole dans l'enfance. Fièvre typhoïde à 12 ans, variole à 16 ans. Il ne fait pas de service militaire. Marié, sa femme est bien portante; il a eu cinq enfants dont deux sont morts en nourrice. Il nie la syphilis. Il nie tout éthylisme.

Il y a quatre ans, il dut quitter son travail pour faiblesse générale. Depuis deux à trois mois, il éprouvait des troubles gastriques, de la pesanteur épigastrique après le repas, sans vomissements. Il avait maigri de neuf kilogrammes et perdu ses forces. Son médecin le mit simplement au repos et prescrivit un régime alimentaire. Au bout d'un mois le malade put reprendre son métier, et il l'a exercé jusqu'à ces deux derniers mois. Les troubles digestifs persistaient : pesanteur après les repas, pas de vomissements, ni hématémèse, ni melæna. L'état général s'était amélioré, et il y a un an le malade avait repris plusieurs kilogrammes.

Depuis six semaines, l'état général s'altère rapidement. Les troubles gastriques gardent les mêmes caractères vagues, mais le malade perd peu à peu l'appétit et a le dégoût de tous les aliments. Il maigrit énormément, perd ses forces et se cachectise rapidement.

L'abdomen supérieur est occupé tout entier par une masse dure, mamelonnée, très douloureuse à la pression, qui descend jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic et se perd sous les fausses côtes. Il est impossible de faire le départ de ce qui peut revenir au foie, à l'estomac ou à la masse intestinale.

La matité hépatique commence bas. La rate ne paraît pas grosse.

Pas d'adénopathies. Pas d'ictère. Pas d'œdèmes.

L'anorexie est absolue. La langue est sèche, vernissée. Pas de diarrhée.

L'examen des autres viscères doit être rapide.

*Aux poumons*, la respiration s'entend sans râles dans les deux poumons. Elle prend seulement un caractère soufflant aux deux sommets, en avant et en arrière. Le malade dit n'avoir jamais toussé.

*Au cœur* la pointe n'est pas perçue. A l'auscultation les bruits sont lointains, très assourdis, mais réguliers, sans souffles. Le pouls est petit, filant, à 96.

Rien à signaler du côté du système nerveux.

Les urines un peu foncées ne renferment pas d'albumine. La recherche du sucre n'a pas été faite.

La température est légèrement au-dessous de la normale.

Le malade meurt le 16 janvier 1910, dans le marasme, avec hypothermie. Il s'est plaint les derniers jours de douleurs assez violentes dans la région épigastrique.

*L'autopsie* est faite le 18 janvier, trente-six heures après la mort.

*A l'ouverture de l'abdomen*, le foie, volumineux, semé de nombreux noyaux néoplasiques qui affleurent à sa surface en bosselures blanchâtres, descend au-dessous de l'ombilic. Il répond seul à la masse sentie durant la vie. Tous les autres viscères ont conservé leurs rapports normaux. L'estomac paraît normal. Lorsqu'on soulève le foie, on aperçoit à travers l'arrière-cavité des épiploons, une masse néoplasique, du volume d'une mandarine, libre de toute adhérence, qui paraît répondre au pancréas.

La pièce est enlevée en masse : foie, estomac, duodénum, pancréas, et le tube digestif est incisé.

*L'œsophage* est sain. *La muqueuse gastrique* présente d'assez nombreuses hémorragies sous-muqueuses. Pas trace de néoplasie. Le pylore est sain. *Le duodénum* est normal.

*Les voies biliaires* sont légèrement dilatées sur toute leur étendue. La vésicule est volumineuse, pleine de bile verdâtre, sans calculs. Le cathétérisme des canaux biliaires est facile à partir de l'orifice duodénal jusque dans la vésicule et jusque dans l'hépatique. Le cholédoque n'est pas comprimé dans son trajet à travers la tête du pancréas normale. On note seulement un petit ganglion du volume d'un pois, au niveau du confluent de l'hépatique et du cystique, et qui a pu réaliser une compression relative. Cinq ou six petits ganglions au niveau de la tête du pancréas, sans rapport avec le cholédoque.

*Le néoplasme* est nettement limité à la partie moyenne du pancréas. La tête est normale sur une étendue de quatre à cinq centimètres. La queue est libre sur trois centimètres environ. Le cancer, dur à la coupe, donne au raclage de la surface de section un peu de suc blanchâtre.

*Le foie*, 2.110 gr., est bourré de gros noyaux cancéreux, une quarantaine en tout, dont les plus volumineux, de la grosseur d'une petite mandarine, ont subi un processus de ramollissement. Le parenchyme hépatique très réduit a un aspect normal.

*Les deux poumons* présentent à leur sommet quelques tubercules fibreux anciens, quelques-uns crétacés.

*Le cœur* petit, 260 gr., ne présente aucune lésion orificielle. Le myocarde un peu pâle a conservé sa consistance normale. L'aorte est modérément athéromateuse.

*Les reins*, 320 gr. les deux, ont une capsule légèrement épaissie et adhérente. A la coupe les deux substances corticale et médullaire ont conservé leurs rapports normaux.

*La rate* ne présente rien de particulier à l'examen macroscopique.

Cachexie néoplasique, évoluant sans ictère, avec des troubles digestifs vagues ; tumeur limitée à la partie moyenne du pancréas, intégrité des voies biliaires : ces faits sont connus, et notre observation n'a que le mérite de reproduire schématiquement la forme déjà décrite.

Un point cependant mérite quelques réflexions. Le malade avait présenté il y a quatre ans déjà des troubles digestifs. Faut-il faire remonter jusque là le début du néoplasme ? Le cancer du pancréas évolue rapidement, et tous les auteurs s'accordent à ne pas lui accorder une durée supérieure à six ou huit mois. Mais sous l'influence du repos et d'un simple régime alimentaire, l'état général s'était rapidement amélioré au point même que le malade avait repris six kilos en deux ans. Une pareille évolution ne cadre guère avec les résultats de l'autopsie. D'autre part, la muqueuse gastrique n'est pas saine, elle présente de nombreuses hémorragies : il est plus vraisemblable d'admettre qu'il s'était agi, il y a quatre ans, d'une lésion autre, peut-être gastrique éthylique, la profession même du malade devant nous rendre assez sceptique sur ses affirmations. L'évolution néoplasique ne daterait ainsi que de ces derniers mois, sans que l'on puisse d'ailleurs préciser très exactement le début. Ce point admis, notre observation rentre absolument dans le cadre classique.

## REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

**Traitement kinésithérapique de la Maladie de Little,** par le Dr Kouindji, chargé du service de rééducation et de massage à la clinique Charcot, de la Salpêtrière (*Congrès de physiothérapie*).

Le traitement kinésithérapique de la maladie de Little (tabès dorsal spasmodique) se compose du massage méthodique et de la rééducation des mouvements et principalement de la rééducation de la marche.

Le massage méthodique est appliqué aux muscles en hypotonie, afin de mettre leur tonicité au même niveau que la tonicité des muscles contracturés. D'après le principe du traitement de la contracture musculaire par la méthode exposée dans un travail publié en 1905, les manœuvres massothérapiques ne sont appliquées qu'aux groupes antagonistes aux muscles en hypertonie. Cette application exige un examen préalable par le masso-diagnostique pour déterminer la distribution topographique de la contracture. Cette distribution topographique se présente à peu près de la façon suivante :

Dans les membres inférieurs la contracture occupe les muscles postérieurs de la jambe ; les deux jumeaux, le soléaire les fléchisseurs des orteils ; le biceps crural, le demi-tendineux, le demi-membraneux, les adducteurs, le droit interne ; le jambier postérieur et partiellement le jambier antérieur.

Dans les membres supérieurs, la contracture attaque : le biceps brachial, le coraco-brachial, le rond pronateur, les fléchisseurs communs des doigts, le cubital antérieur, l'adducteur du pouce, et partiellement le long supinateur, les deux palmaires et les pectoraux.

Dans la région de la nuque, les scolènes, antérieur et postérieur, le splénius et partiellement le trapèze ; parmi ces muscles abdominaux, les grands droits et aussi les psoiliaques. Cette topographie n'est pas générale et dans beaucoup de cas un ou deux groupes musculaires seulement sont pris.

La contracture musculaire dans la maladie de Little présente trois phases ; au début et quand l'enfant n'a que 2 ou 3 ans, la contracture se présente sous forme de rigidité spasmodique ; les articulations ne sont pas encore immobilisées. Plus tard, à 4, 5 ou 6 ans, surtout quand l'enfant fait des efforts continuels pour marcher, la rigidité spasmodique se transforme en contracture franche des groupes musculaires fléchisseurs et rotateurs en dedans. Dans la troisième phase la contracture se complique des rétractions tendineuses et des difformités orticulaires et osseuses.

Ces trois phases présentent des indications nettes : massage méthodique et rééducation des mouvements dans la première phase suffisent ; massage méthodique de rééducation de la marche doit se compléter par la gymnastique et le redressement manuels pour traction du tendon dans la deuxième phase. Enfin, dans la troisième phase, le traitement kinésithérapique est suivi par la ténotomie et le redressement plâtré avec appareil amovible, afin de permettre le massage quotidien des muscles en hypotonie.

Le traitement kinésithérapique a une influence en outre, sur le développement des facultés intellectuelles de l'enfant arriéré et atteint du mal de Little, il contribue également à développer le centre de la parole et par conséquent rend à l'enfant non seulement la marche, mais aussi l'intelligence et la parole.

Il doit être conduit avec méthode et persévérance. Tout praticien doit éviter de laisser le petit little aux soins de la nature et surtout de ne pas attendre l'âge de 7 ans ; il doit commencer le traitement kinésithérapique le plus tôt possible, afin d'empêcher l'affection de passer dans la phase des contractures franches. Tout retard apporté dans l'application du traitement kinésithérapique de la maladie de Little entraîne la rétraction tendineuse et, par conséquent, les difformités articulaires et osseuses.

## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**Simulation de la prétuberculose** (*Soc. de Médecine militaire*).

M. Batier rapporte d'originales observations desquelles il appert que certains simulateurs, appartenant ordinairement à la classe instruite, ont pu faire croire qu'ils étaient atteints de tuberculose au début. Amaigrissement provoqué, élévation thermométrique vespérale, palpitations produites par des injections dissimulées de caféine, joints à quelques troubles respiratoires du côté des sommets, qui, on le sait maintenant sont si fréquents chez les sujets normaux, tels sont les moyens mis en œuvre pour surprendre la bonne foi de l'observateur.

M. Lemoine fait observer que chez 50 p. 100 des sujets, il y a des différences dans la respiration des deux sommets. Sauf chez les gauchers, l'inspiration est, en général, plus forte à droite qu'à gauche. Aussi, pour pouvoir tirer une conclusion valable de l'auscultation des sommets, faut-il constater une diminution sensible du murmure vésiculaire du côté droit. Encore faut-il s'assurer qu'il n'existe pas d'anomalies ou d'obstruction des voies aériennes supérieures, qui modifient la respiration des sommets (Lemoine et Sieur).

Un signe, réellement pathognomonique, et qui lui paraît impossible de simuler, est la fièvre provoquée. Les sujets qui, après une demi-heure d'exercice intensif, présentent une élévation thermique de 0°5 à 0°6, qui persiste pendant quelque temps, doivent être considérés comme suspects de tuberculose au début. Il recherche toujours systématiquement ce signe, sans se fier exclusivement aux résultats de l'auscultation des sommets.

(*Soc. de Médecine Militaire*).

## CARNET DU PRATICIEN

### Mal de Mer

Immobilité au lit ; sanglage de l'estomac. De plus, prendre toutes les demi-heures d'abord, toutes les heures ensuite, une cuillerée de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Chlor. de morphine | 0 gr. 10 |
| — de cocaïne | 0 — 10 |
| Chloroforme | V gouttes |
| Eau distillée | 100 grammes |

(Dr Vandaele.)

### Furoncle

| | |
|---|---|
| Acide salicylique pulvérisé | 2 parties |
| Emplâtre de savon | 2 — |
| — diachylon | 4 — |

(Pouchet.)

### Savon dentaire pour syphilitiques

| | |
|---|---|
| Savon amygdalin | 40 grammes |
| Glycérine neutre | 25 — |
| Extrait de ratanhia | 1 gr. 40 |
| Borate de soude | 1 — 40 |
| Essence d'anis | 1 — 50 |
| Essence de menthe | 7 — 50 |

On enduit une brosse molle de ce savon pour en brosser les dents. (Queyrat.)

### Migraine

| | |
|---|---|
| Craie préparée | 2 grammes |
| Carbonate de magnésie | 2 — |
| Phosphate de chaux | 2 — |
| Sous-nitrate de bismuth | 0 gr. 50 |
| Sulfate de spartéine | 0 — 04 |
| Poudre d'opium | 0 — 02 |
| Poudre de feuille de belladone | 0 — 02 |

Prendre un de ces paquets dans une infusion chaude.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En « *italique* ». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Doré.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur Lucien-Graux.

## SOCIÉTÉ GÉNÉRALE

POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE EN FRANCE

Société Anonyme — Capital 400 Millions

*Assemblée générale annuelle du 24 mars 1910*

Les actionnaires de la Société Générale se sont réunis en Assemblée générale ordinaire, le jeudi 24 mars, pour recevoir communication des résultats et statuer sur les comptes de l'exercice 1909.

Le rapport du Conseil signale les nouveaux progrès accomplis : le mouvement général de la Caisse s'est élevé à 102 milliards, représentant un mouvement moyen par jour de 341 millions et une augmentation de 19 milliards sur le mouvement général pendant l'année précédente; celui du Portefeuille commercial passe également de 29 à 32 milliards; les encaissements de coupons dépassent 1 milliard et les ordres de Bourse 3 milliards; le solde des comptes de chèques est, au 31 décembre 1909, de 423 millions.

Le rapport, constate que la clientèle de la Société Générale apprécie de plus en plus la sûreté de ses relations, la modicité de ses tarifs, ainsi que son application à comprendre et à satisfaire les besoins particuliers à chaque région. L'organisation extérieure de la Société Générale compte en effet 772 guichets, non compris les agences de Londres et de Saint-Sébastien. Le nombre de ses actionnaires dépasse actuellement 90.000.

Au cours de l'année, la Société Générale a prêté son conconrs à de nombreuses opérations d'émission et de placement, dont le rapport donne l'énumération.

La Caisse de Prévoyance du personnel possède actuellement un avoir de 11 millions. L'allocation prélevée sur les frais généraux a été portée, l'année dernière, à un chiffre egal à la retenue de 5 0/0, consentie par le personnel, sur les appointements fixes; cette même allocation a été de nouveau votée par le Conseil au titre de l'exercice courant.

D'autres améliorations ont été apportées à la condition du personnel, particulièrement des agents les plus modestes. Des allocations spéciales et progressives, indépendantes du traitement, ont été notamment accordées aux agents chargés de famille.

La Société Générale, avec les Grands Etablissements de Crédit, a participé tant à la souscription ouverte pour venir en aide aux sinistrés, qu'à la formation du fonds de garantie demandé par l'Etat pour le fonctionnement de la Caisse des prêts.

La situation des filiales de la Société Générale est considérée comme pleinement satisfaisante.

En ce qui concerne les affaires péruviennes, la situation s'est encore améliorée. L'an dernier, les circonstances n'ont pas été favorables à la réussite des projets concertés avec le gouvernement pérnvien. Mais les circonstances redevenant normales, on peut espérer une solution convenable des questions qui intéressent la Société Générale.

Aussi, désireuse de conserver à ces relations avec les autorités péruviennes le caractère de confiance réciproque qu'elles revêtent depuis plusieurs années, la Société Générale, entièrement d'accord et conjointement avec la Banque de Paris et des Pays-Bas, le dévoué mandataire des créanciers français du Pérou, et avec le concours spontané de nombreux amis, a prêté son appui au gouvernement péruvien, dans des conditions qui, établissant un lien de connexité plus étroite entre le règlement définitif des créances françaises et le relèvement du crédit extérieur du Pérou, sont de nature à faciliter la réalisation, d'autant plus prochaine, de ce double objectif, que les efforts qui s'y emploient de tous côtés seront dorénavant plus concordants.

Les bénéfices nets de la Société, en y comprenant le prélèvement sur la prime versée par les actionnaires d'une somme de 1 million 145.833 fr. 35 c. destinée à égaliser la jouissance entre les actions nouvelles et les actions anciennes du 1er janvier au 15 juin 1909, en conformité des résolutions de l'Assemblée générale du 30 mars 1909 et de la décision prise le même jour par le Conseil d'administration, ont été de 15.073.766 fr. 70.

Le Conseil a proposé de fixer la répartition à 16 fr. 75 c. nets d'impôt par action, sur lesquels 6 fr. 25 c. ont été déjà payés aux actionnaires à titre d'acompte le 1er octobre 1909, et de reporter à nouveau 168.000 fr.

Le Conseil termine son rapport en rendant un dernier hommage à la mémoire de M. le Bègue, administrateur, décédé, an cours du dernier exercice.

Le rapport des censeurs-commissaires relève les augmentations des principaux comptes. Il constate que l'organisation et le fonctionnement des divers services de la Société présentent toutes les garanties désirables, et, en terminant, il s'associe aux propositions du Conseil d'administration pour la répartition du solde bénéficiaire et l'approbation des comptes.

L'Assemblée a approuvé les comptes de l'exercice 1909 et adopté la proposition du Conseil relative au dividende. Elle a ratifié la nomination de M. Génébrias de Fredaigue comme administrateur faite à titre provisoire par le Conseil. Elle a réélu administrateurs ponr cinq ans, MM. Déjardin-Verkinder et Wagner et renouvelé pour trois ans le mandat de M. Thirria, censeur.

Toutes ces résolutions ont été votées à l'unanimité.



*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Vichy.**

M. le Dr L. Salignat (de Vichy) a fait une communication au Congrès de Physiothérapie sur les colloïdes des eaux de Vichy. La présence des colloïdes dans les eaux minérales a une grande importance, si l'on en juge par les effets thérapeutiques des métaux colloïdaux.

En 1907, l'auteur a recherché et démontré l'existence des colloïdes électro-négatifs dans les eaux de Vichy.

Ces recherches ont été faites au laboratoire de la Sorbonne avec toutes les garanties nécessaires.

Par la méthode de réactions des colloïdes entre eux et par la méthode du transport électrique. L. Salignat a reconnu la présence des colloïdes électro-négatifs dans les sources de Vichy qui suivent : Dubois, Mesdames, Parc, Chomel, Grande-Grille, Hôpital, Primelle, Lardy et Lucas.

**A l'Académie.**

1º Demande formée par M. Zaleski, conseiller d'Etat, délégué au ministère du Commerce et de l'Industrie, au nom du gouvernement russe, en vue d'obtenir l'autorisation d'introduire et de vendre en France l'eau minérale des sources « Narzan d'Essentouki, nos 17 et 20 », de Bataline, appartenant à l'Etat russe et exploitées par lui, et de la source « Catherine de Barjomi », appartenant à S. A. I. le grand-duc Nicolas Mihaïlovitch, dont l'exploitation se trouve sous le contrôle de l'Etat;

2º Demandes d'autorisation pour les sources dites « Lydie », à Venterol (Drôme), « Maximilien », à Halsenbach Prusse rhénane), et « Ricker », à Poland (Etats-Unis), pour une source dite « Indispensable », à Vals-les-Bains (Ardèche); une source dite « Barré », à Saint-Sylvestre (Puy-de-Dôme); une source dite « Croizat », à La Bourboule (Puy-de-Dôme).

# ÉCHOS

**Prix Zambaco Pacha.**

Le Dr Zambaco-Pacha vient de doter la *Société de Médecine et d'Hygiène tropicales*, de 3 prix, l'un de 1.000 francs et 2 de 500 francs destinés à récompenser les 3 meilleurs mémoires relatifs à la question de « la contagiosité de la lèpre ».

Les travaux présentés devront comporter des recherches personnelles et « des observations scientifiques minutieuses et consciencieuses prises sur les lieux mêmes ».

La commission des prix Zambaco-Pacha, a décidé que les candidats auraient à traiter des questions suivantes :

I. La lèpre est-elle héréditaire?

II. La lèpre est-elle contagieuse d'homme à homme?

III. La lèpre est-elle transmissible aux animaux?

Aux mémoires présentés devront être annexés, s'il y a lieu, les moyens de contrôle tels que préparations microscopiques, photographies, etc.

Les mémoires écrits en français devront être adressés, 18, rue de Grenelle, Paris, au Secrétaire général de la Société de Médecine et d'Hygiène tropicales, avant le 1er avril 1912.

**Le titre de docteur.**

Le Congrès des Praticiens, adopte sur la proposition de M. Chompret, un vœu portant « que, désormais, il ne soit créé aucun nouveau titre de docteur, et s'élevant en particulier contre le projet de création d'un titre de docteur en chirurgie dentaire ».

**L'hôpital aux Indigents.**

Le Congrès des Praticiens a adopté les vœux suivants :

1º Développement du syndicalisme, qui enseigne et pratique l'action commune pour la défense des droits professionnels;

2º Rapports plus étroits entre les médecins d'hôpitaux et les praticiens, afin de découvrir les abus des hospitalisations gratuites et payantes;

3º Refus par les médecins des hôpitaux de soigner à l'hôpital public ou privé les malades aisés;

4º Refus par les médecins des hôpitaux de laisser encombrer leurs salles;

5º Renvoi des malades payants, quels qu'ils soient, dès que leur état leur permet de poursuivre leur traitement à domicile;

6º Favoriser les formations d'Assistance privée par l'imposition du libre choix et l'appui confraternel.

*Vœux aux pouvoirs publics.* — 1º Suppression des consultations d'hôpitaux;

2º Suppression de la maison Dubois;

3º Obligation pour les assistés de fournir, outre les pièces déjà requises : *a)* Une carte d'identité; *b)* une lettre de leur médecin traitant; *c)* une attestation signée de la qualité d'indigent;

4º Vote d'une loi de protection de l'Assistance publique semblable à celle qui existe pour l'assistance judiciaire;

5º Suppression des malades aisés dans les hôpitaux, et, en attendant que ce vœu se réalise, application stricte des conditions d'admission des malades aisés, ainsi qu'elles sont prévues dans les Commentaires officiels;

6º Augmentation du prix des journées d'hospitalisation, afin que les payants ne grèvent pas le bien des pauvres;

7º Imposition, outre les frais d'hospitalisation, d'honoraires pour les soins médicaux;

8º Modification de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, sur les accidents du travail.

**Société internationale de Chirurgie.**

La Société internationale de chirurgie a décidé d'organiser à Bruxelles, en 1911, une Exposition de fractures, à l'occasion du IIIe Congrès de la Société.

Il n'est pas nécessaire d'être membre de la Société pour y prendre part; il suffit, pour les non-membres, d'être agréés par le Comité international.

Les objets destinés à l'Exposition devront parvenir au secrétaire général, 75, avenue Louise, à Bruxelles, du 20 au 31 août 1911. Le secrétariat se charge de la réception des objets destinés à l'Exposition, de leur placement et de leur renvoi aux exposants à l'issue du Congrès.

Le programme des séances sera réglé de telle façon qu'il sera loisible aux exposants de faire la démonstration de leurs objets aux membres de la Société pendant la durée du Congrès. Des sujets seront mis à la disposition des exposants qui en feront la demande.

Les gouvernements allemand, autrichien, belge, espagnol, français, hollandais, hongrois, anglais (pour la ligne anglo-belge, via Ostende-Tilbury et l'agence continentale et anglaise), italien, portugais, serbe, suédois, ayant accordé en 1908 une réduction de 50 pour 100 sur le tarif ordinaire des chemins de fer pour les objets destinés à l'exposition du cancer, cette faveur sera également demandée pour l'Exposition de fractures. Des étiquettes et lettres de voitures spéciales seront envoyées aux exposants en temps utile.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à MM. J. Lucas-Championnière, président du IIIe Congrès; A. Depage, secrétaire général, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles; L. Mayer, secrétaire du Congrès.

*Programme de l'Exposition de fractures.* — Toutes les pièces et tous les documents relatifs à l'étude des fractures pourront être exposés. Signalons notamment : I. Pièces anatomo-pathologiques (divers types de fractures, fractures rares). — II. Radiographies, dessins, plâtres, moulages, etc. — III. Appareils pour le traitement non sanglant (appareils d'immobilisation, appareils d'extension, appareils pour le traitement ambulatoire, etc.). — IV. Pièces et documents relatifs à l'ostéo-synthèse.

**Montres médicales**

Un spécialiste notoire, M. Anricoste, horloger de la marine de l'Etat et de l'Observatoire, 10, rue la Boetie, Paris fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

# POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

## DEMANDES

**Docteur** reprendrait contre indemnité même élevée bon cabinet de consultations ou clinique. Seulement affaire ayant caractère medical sérieux. (2207)

**Jeune Docteur** désire reprendre aussitôt que possible à Paris clientèle bien assise de 12 à 15.000. (2206)

**Docteur** cherche poste à 2 heures maximum de Paris. Etre seul médecin sans faire la pharmacie. Recettes minimum 10.000. (2205)

**Docteur** désirerait trouver dans le Centre poste de 11 à 12.000 mais susceptible d'augmentation. De préférence chef-lieu de canton. (2204)

**Etudiant sérieux** ayant références désire trouver remplacements à Paris, place d'assistant dans clinique, gardes, etc. (2202)

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 30.000 pour laquelle il paierait comptant l'indemnité qui lui serait demandée. (2201)

**Docteur actif,** références et 10 ans de pratique ferait remplacements. Fait la pharmacie. (2203)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance ne nécessitant pas l'emploi d'un cheval ou d'une auto. (2200)

**Médecin-militaire retraité** cherche emploi quelconque où il y ait à développer beaucoup d'activité. Voyagerait. (2199)

**Docteur** cherche à reprendre affaire para-médicale ancienne, sérieuse, donnant de bons résultats. S'associerait. Dispose de capitaux. (2198)

**Docteur** reprendrait en banlieue à 1/2 heure maximum poste de 15 à 25.000. (2197)

**Chirurgien** installé en province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou encore cabinet de gynécologie et voies urinaires. (2196)

## OFFRES

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (251)

**PARIS.** — A céder clientèle agréable. Recettes 12.000. Grand appartement. Le titulaire obligé de partir en raison de son mauvais état de santé, céderait à de bonnes conditions. (250)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000 (249)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux exploitant appareils b e etés est à céder. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. Indemnité y compris toute l'installation 75 à 80.000. (248)

**NIEVRE.** — Seul médecin faisant la pharmacie céderait à de bonnes conditions poste d'un rapport de 15 à 16.000. (247)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur, seul médecin faisant la pharmacie, desire céder son poste pour le mois d'octobre. Recettes .0.000 sans aucun frais de locomotion. Cesse d'exercer. (246)

**PARIS.** — Clinique de médecine générale avec installation complète d'électrotherapie à céder. Recettes 10.000. Indemnité 20 à 2 .000. (245)

**PARIS XVIIIe.** — Clientele de 15 ans à relever facilement. Recette 8.000 (on y a fait 15.000). Faible loyer. A céder pour faible indemnité. (244)

**CENTRE.** — A céder dans petite ville Etablissement d'agents physiques anciens. Bénéfices nets en 6 mois de saison : 20.000 fr. Indemnité y compris immeuble 140.000 Affaire facile à diriger. (243)

**CHER.** — Chef-lieu de canton. Pour raisons de santé, on céderait excellent poste. Recettes en progression 16.000 Indemnité raisonnable. (242)

**CENTRE.** — Dans sanatorium. Jeune Docteur disposant de capitaux trouverait situation d'associé en vue de cession ultérieure. (241)

**ORNE.** — A céder poste seul médecin faisant la pharmacie. Recettes 9.000. Faible indemnité. (240)

**OUEST.** — Grande ville. Docteur désire céder clientèle agréable de plus de 30 ans. Recettes 18.000. Grand appartement. Peu de Frais. (239)

**PARIS XVIe.** — Docteur âgé céderait pour reprise du bail, clientèle agréable. Conviendrait à jeune Docteur célibataire. (237)

**BANLIEUE.** — Maison de santé serait cédée à des conditions exceptionnelles par Docteur ne pouvant plus s'en occuper. (235)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 15.000. Indemnité 9 000. (231)

**PARIS.** — Docteur céderait Établissements d'agents physiques. Préférerait prendre associé. Affaire sérieuse bien assise, nécessitant peu de travail. (229)

**Cabinet Dentaire.** — Dans grande ville du S.-O. à céder bon cabinet dentaire. Recettes minimum 20.000, loyer 1.400, clientèle riche. Facilités.

81e Année (Série XIIIe) — N° 60 | Le Numéro : 25 Centimes | 15 Mai 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

| | |
|---|---|
| Paris et Départements | 5 fr. |
| Union postale | 7 fr. |
| Édition Espagnole | 10 fr. |
| Édition Portugaise | 10 fr. |

Les Abonnements partent du 1er Janvier

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

**CHANTEMESSE**, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine; **LANDOUZY**, Doyen de la Faculté, Prof. de Clin. Médicale, Membre de l'Académie de Médecine; **RECLUS**, Professeur de Clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de Médecine; **RICHET**, Professeur de Physiologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine; **ALBERT ROBIN**, Professeur de Clinique Thérapeutique, Membre de l'Académie de Médecine; **BALZER**, Médecin de l'Hôp. St-Louis, Memb. de l'Acad. de Méd.; **BAZY**, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon; **BEURNIER**, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis; **CHASSEVANT**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine; **VAQUEZ**, Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine; **DESCREZ**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine; **MARIE**, Médecin en chef de l'Hospice de Villejuif; **MONPROFIT**, Professeur à l'École de Médecine d'Angers; **MOUREU**, Prof. à l'École sup. de Pharmacie, Membre de l'Académie de Médecine.

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)
Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**L'estimation des incapacités partielles au XVIII[e] siècle.**

Le Dr Cardan rappelle dans la *Revue médicale d'Aix* qu'on estimait déjà au XVIII[e] siècle les incapacités partielles de mer en Hollande.

Voici comment s'exprime le Recueil des Ordonnances pour le service de mer, d'après un vieil auteur :

« Ceux qui sont blessés en faisant leur service, ou dans un combat, sont pansés aux dépens de la République. S'ils restent hors d'état de gagner leur vie, ils ont à leur choix ou une somme une fois payée, ou un ducaton par semaine, lequel vaut à peu près six livres dix-huit sols de notre monnaie; s'ils sont estropiés pour toujours, on les paie à raison de l'importance du membre ou de la partie qu'ils ont perdue. Ainsi, ils ont pour la perte :

| | |
|---|---|
| Des deux yeux | 1.500 florins |
| D'un seul œil | 350 — |
| Des deux bras | 1.500 — |
| Du bras droit | 450 — |
| Du bras gauche | 350 — |
| Des deux mains | 1.200 — |
| De la main droite | 350 — |
| De la main gauche | 300 — |
| Des deux jambes | 700 — |
| D'une seule jambe | 350 — |
| Des deux pieds | 450 — |
| D'un seul pied | 200 — |

et ainsi de suite, à proportion, pour la privation des autres parties ».

**Loi relative à l'interdiction de la vente et de l'importation du biberon à tube.**

Le *Journal officiel* a promulgué la loi suivante :

Art. 1er. — La vente, la mise en vente, l'exposition et l'importation des biberons à tube sont interdits.

Art. 2. — Les inspecteurs des pharmacies et les autorités prévues à l'article 2 du décret du 31 juillet 1906 seront chargés d'assurer l'application de la présente loi qui ne sera exécutoire que trois mois après sa promulgution.

Art. 3. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi est punie d'une amende de vingt cinq à cent francs (25 à 100 francs) et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de huit jours à un mois. L'article 465 du code pénal est applicable. Dans tons les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des biberons à tube saisis en contravention.

**La vaccination et les Étrangers.**

M. Louis Martin, sénateur du Var, a déposé, récemment, une proposition de loi tendant à ce que nul n'échappe, en France, à l'application de la loi relative à la vaccination et à la revaccination antivariolique obligatoire.

Les étrangers échappaient, jusqu'ici, à l'application de cette loi.

La proposition de M. Louis Martin est ainsi formulée :

« Article unique. — Tout étranger, qui fera sa déclaration de résidence ou demandera à être admis à domicile devra produire un certificat de vaccination ou de revaccination daté de trois mois au plus tard, tant pour lui que pour tous les membres de sa famille qui l'accompagneront. »

**Le Sénat américain et la cure du cancer.**

M. Taft, estimant que l'étude du cancer des poissons pourrait permettre de découvrir la prophylaxie et la cure du cancer humain, vient de demander au Congrès un crédit de 250.000 francs pour établir un laboratoire d'expériences.

**Masque hygiénique pour balayeurs.**

Le département d'hygiène de la ville de New-York munit tous les balayeurs municipaux d'une espèce de masque qui ressemble plutôt à une muselière. Une récente enquête a démontré que les balayeurs publics sont sujets, plus que toute autre catégorie de travailleurs, aux maladies contagieuses et pulmonaires. Grâce au « masque hygiénique », on espère les prémunir en grande partie contre le danger. Le masque protège la bouche et les narines, en donnant à celui qui le porte un aspect fort bizarre.

**Médecin sanitaire.**

Le poste de médecin sanitaire de France en résidence à Constantinople (Turquie) est déclaré vacant.

Le traitement alloué est de 10.000 francs.

Les candidats sont invités à produire dans un délai de quinze jours leur demande accompagnée d'un exposé aussi précis que possible de leurs titres ou antécédents et de toutes justifications utiles en matière notamment d'épidémiologie des maladies exotiques, de bactériologie ou de pratique des services sanitaires tant en France qu'aux colonies. Le diplôme de docteur en médecine devra être communiqué en original.

La demande et les pièces annexes doivent être envoyées au ministère de l'Intérieur (direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 5e bureau.)

**Prix Lannelongue.**

Le professeur Lannelongue vient de fonder à la Société de chirurgie un prix consistant en une médaille d'or, dotée d'un prix de 5.000 francs. Cette médaille sera donnée au candidat qui aura fait faire le plus de progrès à la science chirurgicale. Ce prix sera international et décerné par un comité également international.

**Le nombre des étudiants en médecine en France en 1910.**

Les facultés et facultés mixtes avaient, au 15 janvier 1910, 8.029 étudiants répartis ainsi; étudiants hommes, 7.227 dont 6.600 Français et 627 étrangers; étudiants femmes : 802, dont 312 Françaises et 490 étrangères.

Les écoles de médecine comptaient 1.092 étudiants dont 1.413 hommes français et 7 étrangers, 253 étudiantes françaises et 19 étrangères. Après Paris, qui avait 2.857 étudiants immatriculés, les facultés viennent dans l'ordre suivant : Lyon avec 746 étudiants, Bordeaux, 740, puis Montpellier, 504, enfin, Nancy, Toulouse, Lille et Alger.

Pour les écoles, c'est Marseille qui tient la tête avec 285 élèves, puis Rennes et Nantes *ex æquo*. Les autres écoles se suivent de près et Besançon vient enfin avec 31 élèves.

Parmi les étudiants étrangers inscrits dans nos facultés, les plus nombreux sont les Russes : 515 à Paris, 137 à Montpellier, 29 à Nancy, etc.; puis viennent les Turcs au nombre de 62 à Paris; puis, toujours à Paris, les Roumains, 43, les Grecs, 20, etc. Les Bulgares sont nombreux : à Nancy, 34 et à Montpellier, 13. Toutes les nationalités sont d'ailleurs représentées par quelques unités dans presque toutes les facultés et même les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires.

En terminant, notons que les étudiants pharmaciens sont au nombre de 1.448, dont 53 femmes, y compris les étrangers et étrangères pour les écoles supérieures et facultés mixtes.

Les écoles ont 310 élèves inscrits, dont 3 femmes et 3 étudiants étrangers.

## SINUSITE MAXILLAIRE
## provoquée par une dent de sagesse cariée

Par le Docteur JAÏS
Chef de Clinique à l'Ecole Dentaire

Nous avons observé un cas de sinusite maxillaire provoquée par une carie ancienne du 4e degré siégeant sur la dent de sagesse supérieure droite. Etant donnée la rareté exceptionnelle de la cause, il nous a paru intéressant d'exposer brièvement cette observation. Le sinus maxillaire, il est vrai, présente de nombreuses variations anatomiques tant au point de vue de sa conformation qu'en ce qui concerne ses rapports avec le bord alvéolaire. Quelquefois la paroi du sinus est séparée du fond des alvéoles d'une couche épaisse de tissu spongieux. Cet épaississement va s'accroissant en arrière vers la dent de sagesse et en avant vers les prémolaires. La partie du sinus la plus rapprochée des dents est celle qui correspond aux 1re et 2me grosses molaires. Quelquefois même, au niveau de ces dents le plancher de l'antre d'Highmore est tellement mince que la paroi alvéolaire de certaines racines est absente et que leurs extrémités plongent directement dans la cavité sinusienne. Tels sont, entre le bord alvéolaire et le plancher du sinus, les rapports normaux décrits par les auteurs. Un certain nombre d'anomalies s'observent et ont été d'ailleurs bien décrites par Zuckerkandl. « Cet auteur a décrit cinq prolongements du sinus maxillaire, un alvéolaire « ou inférieur creusé dans le bord inférieur « de l'os, un palatin, résultant de la pénétration de la cavité dans l'intervalle des « deux lames de l'apophyse palatine du « maxillaire, un sous-orbitaire correspondant à l'apophyse montante, un zygomatique formé par la continuation de la cavité « du sinus dans l'apophyse de ce nom et « séparé du précédent par une crête qui « correspond au canal osseux du nerf sous-« orbitaire enfin un prolongement postérieur, creusé dans l'épaisseur de l'apophyse orbitaire de l'os palatin ».
(Luc-Suppurations de l'oreille moyenne.)

Le premier prolongement présente un grand intérêt dans le mécanisme de l'empyème du sinus. Mais si accentué que ce prolongement puisse être, on n'a pas observé qu'il atteigne la région de la dent de sagesse; au contraire, on a toujours noté que la couche osseuse qui sépare le bord alvéolaire du sinus s'épaissit en allant vers l'apophyse posterieure du maxillaire, c'est-à-dire vers la dent de sagesse. S'il est prouvé qu'une suppuration de l'antre a été déterminée par la voie de l'alvéole d'une dent de sagesse normalement placée il sera permis de conclure que le prolongement alvéolaire ou inférieur décrit par Zuckerkandl peut, dans certains cas, dépasser la limite généralement observée et parvenir jusqu'à l'alvéole de la dent de sagesse.

Voici d'ailleurs cette observation :

M. C..., 31 ans, artiste dramatique. Depuis quatre ou cinq jours le malade mouche du pus par la narine droite. Aucune grippe antérieure, aucun coryza. Le pus est fétide et le malade en est désagréablement impressionné. Bouche absolument saine et complète, 32 dents. Aucune carie sauf une carie profonde du 4e degré intéressant dans sa totalité la couronne de la dent de sagesse supérieure droite. Cette carie a commencé il y a cinq ans et a été négligée. Au moment où nous examinons la dent du patient, une périostite bien caractérisée existe. Tuméfaction gingivale, sentiment de l'élongation, douleur à la pression, etc. Cette périostite remonte à deux mois. Nous pratiquons l'extraction complète de la molaire après séparation préalable de ses racines. Celles-ci, au nombre de trois, sont légèrement incurvées et d'une longueur d'environ un centimètre. Avec une seringue à lavages buccaux j'injecte de l'eau oxygénée par l'alvéole, le liquide ressort par la narine droite.

A l'examen diapbanoscopique on constate une obscurité relative du sinus droit. La pupille oculaire du côté sain est éclairée pendant l'examen intrabuccal — celle du côté malade reste obscure (signe de Vohsen-Davidson). Enfin le malade accuse lui-même du côté sain une sensation lumineuse lorsqu'il ferme les yeux pendant l'éclairage intrabuccal (signe de Garel-Burger). Au bout de trois jours et après quelques lavages à l'eau oxygénée, l'écoulement purulent s'arrête, la douleur alvéolaire disparait. — Guérison.

*Conclusion.* — Existence d'une sinusite droite déterminée par une dent de sagesse cariée. Cette sinusite est indéniable. Elle est prouvée par :

1° Ecoulement purulent par la narine droite. Cet écoulement étant antérieur à l'extraction et la dent n'ayant jamais été soignée, on ne peut pas en accuser une solution de continuité de l'alvéole, accident provoqué par des manœuvres opératoires;

2° Mauvaise odeur de la sécrétion;

3° Passage d'eau oxygénée dans la narine par lavages de l'alvéole;

4° Atténuation des phénomènes et guérison par l'extraction;

5° Eclairage diapbanoscopique. — Obscurité relative du sinus droit. — Signe de Vohsen-Davidson et signe de Garel-Burger.

---

## DIFFICULTE DU DIAGNOSTIC
DANS UN
## Cas de Tuberculose peritonéale sans ascite

Par le Docteur P. F. ARMAND-DELILLE

Le diagnostic de la tuberculose péritonéale est parfois fort difficile, lorsque manquent l'ascite et les signes classiques de péritonite, mais il est rarement aussi embarrassant que dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer le printemps dernier dans une famille dont j'ai soigné les enfants depuis leur naissance.

Voici l'observation des faits tels qu'ils se sont déroulés sous mes yeux :

Pierre X..., né le 2 mars 1907, est le deuxième enfant d'une famille, dont l'aîné, de 18 mois plus âgé, est et a toujours été bien portant. Ses parents sont également en parfaite santé et appartiennent à deux familles absolument saines.

L'enfant, né à terme, a été nourri au sein par sa mère et n'a jamais présenté aucun trouble digestif; il n'a eu, jusqu'au début de l'affection actuelle, aucune maladie. Cependant il a présenté, à la suite d'une hémorragie au moment de la naissance, une diminution à 65 0/0 du taux normal de l'hémoglobine, qui a nécessité vers le troisième mois un traitement au protoxalate de fer dont le résultat a été parfait.

Au mois de janvier 1909, l'enfant présente des phénomènes infectieux caractérisés par de la fièvre et un peu de toux, pour lesquels je suis appelé. Je constate une température de 39°9 et quelques râles humides disséminés à la partie moyenne du poumon gauche. On donne un bain à l'enfant, et la température tombe le lendemain matin à 36°9, mais pour remonter le soir à 39°9; on donne un autre bain. Le lendemain, l'enfant paraît revenu à la santé, les râles bronchiques ont disparu, la température reste normale et l'enfant retrouve sa gaîté. Il se porte parfaitement jusqu'au 3 mars, jour où il présente, à 5 heures du soir, une crise de douleurs très vives, qui le font se coucher par terre et se plier en deux et qui paraissent avoir leur maximum au niveau du flanc droit. La température est à 38°8; le pouls bat à 110 environ; la langue est bonne; l'examen du ventre montre une douleur à maximum sous-hépatique: il n'y a pas de point appendiculaire, ce qui permet d'éliminer le diagnostic d'appendicite.

Le lendemain, la température est à 36°7; mais on remarque que les urines sont rares et qu'elles laissent dans le vase un sédiment sableux rougeâtre abondant.

Le 4 mars, à 5 heures du soir, nouvelle crise douloureuse, d'une durée d'environ une demi-heure. La température remonte à 38°9 pour redescendre à 37° le lendemain matin; mais on constate à nouveau du dépôt sableux dans les urines, et il y a dans la matinée, à 9 heures et à midi, deux nouvelles crises très douloureuses, mais de courte durée. Nous voyons l'enfant, avec le Dr Marfan, à 3 heures de l'après-midi, et éliminant l'idée d'appendicite, nous concluons à la possibilité de crises néphrétiques. L'examen des urines et de leur sédiment, fait au laboratoire Carrion, donne simplement une forte quantité d'urates, pas d'albumine, quelques rares leucocytes et cellules épithéliales.

Nous instituons un régime diurétique, avec lait lactosé et eau d'Evian. Les jours suivants, l'enfant est mieux, les urines s'éclaircissent et la température revient à la normale. Cependant l'enfant vomit une fois, à son réveil, le 9 mars.

Le 13 mars, nouvelle crise douloureuse avec élévation de température; mais l'enfant étant bien les jours suivants, on le met au régime lacto-végétarien et on lui fait faire sa première sortie le 23 mars.

Le 29 mars, l'enfant présente des vomissements répétés; la température monte à 39°8 et un chirurgien, appelé par nous, diagnostique l'appendicite. L'enfant est mis à la diète hydrique et au repos absolu. Le surlendemain, l'enfant présente quatre petites crises douloureuses dans la région du flanc droit, mais sans douleur au point de Mac Burney. Le ventre n'est pas ballonné, ni augmenté de volume. Il y a une nouvelle petite crise le 2 avril. L'enfant est vu en consultation par un deuxième chirurgien, qui confirme le diagnostic d'appendicite. Les jours suivants, la température oscille entre 37 et 39°, puis redevient normale (36°6 le matin; 37°3 le soir) à partir du 13 avril. On laisse l'enfant à un régime végétarien restreint, jusqu'au 7 mai, date où on opère pour appendicite.

Le péritoine incisé, on tombe sur un tablier épiploïque absolument farci de granulations tuberculeuses jaunes de la dimension d'un grain de millet à un grain de chicorée. Il y a également des granulations sur les anses intestinales visibles, ainsi que sur l'appendicite et le méso-appendice. Un ganglion du repli iléo-appendiculaire a le volume d'un gros pois et a l'aspect caséeux. Mais il ne s'écoule aucune sérosité péritonéale.

L'appendice est réséqué et la paroi recousue. La cicatrice opératoire se fait bien, mais avec persistance d'un petit trajet fistuleux d'apparence tuberculeuse qui ne guérit définitivement qu'environ 2 mois après.

L'envoi à Berck est immédiatement décidé, et l'enfant y est transporté le 27 mai, et mis au régime de suralimentation avec viande crue. Il y séjourne, immobilisé sur un lit, jusqu'au 15 août, date à laquelle on le laisse marcher, et on lui fait prendre des bains de mer jusqu'à la fin d'octobre.

L'enfant est ramené aux environs de Paris le 6 novembre et à Paris le 25 novembre. Il pesait en juin 10 kilogrammes, il pèse actuellement 13 kil. 800 et est d'apparence absolument normale.

Nous avons jugé intéressant de rapporter cette observation, parce qu'elle a trait à un cas de tuberculose péritonéale sans ascite, dont le diagnostic a été méconnu jusqu'à la laparotomie.

J'ajoute que ce diagnostic a été contrôlé histologiquement. Les coupes de l'appendice montrent l'intégrité de la muqueuse appendiculaire, mais par contre, l'existence de granulations tuberculeuses typiques, avec de rares bacilles.

Muni de ces renseignements, on peut

rétrospectivement interpréter l'évolution de la maladie. Il est probable que les phénomènes grippaux du mois de mars sont en rapport avec la localisation péritonéale et l'ensemencement secondaire de la séreuse. C'est également la réaction péritonéale qui explique les vomissements observés quelques jours après.

Quant aux phénomènes rénaux, ils sont sans doute en rapport avec une localisation tuberculeuse au niveau des reins, remontant à la bacillémie primitive bien qu'on n'ait pas trouvé de bacille dans les sédiments examinés à deux reprises.

Il est évident qu'il eût été important de pouvoir diagnostiquer cette tuberculose péritonéale plus tôt; le régime alimentaire restreint auquel on a soumis l'enfant pendant deux mois était loin d'être favorable à la tuberculose. Peut-être la cuti-réaction aurait-elle donné un renseignement utile, mais rien dans les antécédents ni dans l'entourage de l'enfant (parents et domestiques étant absolument indemnes) ne pouvait faire penser à la possibilité d'une affection tuberculeuse.

Cette observation prouve aussi la tendance naturelle à la guérison que présente la tuberculose, même dans une forme aussi peu discrète que dans le cas actuel. Il est évident, d'autre part, que cette guérison qui parait complète a été largement favorisée par la cure marine prolongée plusieurs mois.

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE

# Digitale, Digitaline et Digitale stérilisée

Par le Dr E. FLEURY
Professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes

La Digitale pourprée (*Digitalis purpurea*) est la seule qui soit officinale et la seule dont nous entendons parler. C'est une plante bisannuelle ou vivace de la famille de Scrofulariacées. Elle est commune en France et, d'une façon générale, en Europe, mais il ne faut la chercher que sur les terrains siliceux. Celle des Vosges est, chez nous, la plus estimée. La digitale tire son nom de l'aspect de sa corolle : sa forme est celle du bout du doigt et sa couleur est purpurine. Autrefois on employait ses fleurs, mais leur activité est faible comparée à celle des feuilles. On y a renoncé. Aujourd'hui on ne récolte que les feuilles de la digitale, nous en dirons quelques mots.

Oblongues, de 20 à 30 centimètres de longueur sur 6 à 8 de largeur, rétrécies graduellement vers la base en un pétiole ailé, ces feuilles ont le limbe crénelé, mais irrégulièrement. Elles sont pubescentes: moins sur la face supérieure, qui est verte, que sur la face inférieure, beaucoup plus pâle. Celle-ci est parcourue par un réseau de nervures très proéminentes et blanchâtres; à la face supérieure ce réseau paraît aussi et le limbe, bosselé entre les nervures, prend un aspect gaufré.

Au microscope, on peut se rendre compte que les épidermes portent deux sortes de poils : des poils tecteurs, longs, pluricellulaires, unisériés, à parois tuberculeuses — on les croirait, à un fort grossissement, couverts de minuscules gouttelettes de rosée (*caractéristique*) — et des poils capités, glanduleux; ceux-ci beaucoup plus courts. C'est à ces derniers poils qu'il faut attribuer l'odeur herbacée, désagréable que présentent les feuilles fraîches de digitale. Sèches, elles sentent le thé. Leur saveur est âcre et amère.

Le Codex recommande de récolter seulement les feuilles de la plante sauvage, croissant sur des lieux secs, pendant la deuxième année de végétation et au moment de la floraison. Cette dernière recommandation est largement suffisante puisque la digitale ne fleurit pas avant le cours de la deuxième année. D'ailleurs, comme on ne peut savoir l'âge d'une digitale vivace — au moins d'une façon pratique — comment être assuré de ne récolter de feuilles que sur des plantes d'âge voulu?

Le Codex indique aussi de conserver cette drogue dans un endroit sec, en vase clos, à l'abri de la lumière et de la renouveler chaque année.

*Composition chimique.* — L'étude chimique de la digitale a attiré l'attention de beaucoup d'expérimentateurs parmi lesquels Homolle et Quévenne, Nativelle, Schmiedeberg, puis Kiliani, Houdas et le prof. Pouchet. D'après Kiliani, dont le travail est classique, la digitale renferme trois glucosides et parmi eux, un seul soluble dans l'eau, la *digitonine*. Un autre, peu soluble dans le chloroforme, est le *digitalinum verum*; enfin, le troisième, très soluble dans le chloroforme, la *digitoxine*. Il faut savoir que, suivant les auteurs, ces principes actifs portent des noms différents. Ainsi, Houdas appelle *digitaléine*, la *digitonine* de Kiliani. Schmiedeberg nommait *digitaline*, le *digitalinum verum* de Kiliani. Quant au prof. Pouchet, il réserve le nom de *digitaléine* à ce *digitalinum verum* et applique celui de *digitaline* à la *digitoxine*. Il est donc indiqué de bien faire attention aux sens différents que peuvent prendre ces expressions suivant ceux qui les emploient.

Un mot maintenant sur la *digalène*. Ce produit ne semble pas être un corps défini, en tout cas, dans le commerce, on ne peut se procurer comme digalène, qu'une solution. Celle-ci est faite avec de l'eau, de la glycérine, de l'alcool et de la *digitoxine soluble*. Mais à quel corps Cloetta donne-t-il le nom de digitoxine soluble? C'est ce qui n'a pu encore être déterminé. Aussi est-on en droit de considérer la digalène comme un remède secret et de conseiller, jusqu'à mieux informé, de n'en user qu'avec circonspection.

Revenons aux trois glucosides cités plus haut. Sous quels états existent-ils dans la plante? On l'ignore. Ils sont certainement combinés à d'autres substances, peut-être à des tanins, en tout cas leur extraction est assez compliquée pour qu'on ne puisse la tenter qu'industriellement. Aussi le Codex ne donne-t-il pas la façon d'extraire le seul des glucosides qu'il mentionne, la *digitoxine* ou *digitaline cristallisée*; il ne donne même de mode de dosage ni pour les feuilles, ni pour l'extrait, ni pour la teinture, de sorte que, Codex en main, on ne peut apprécier si une digitale, ou une de ces préparations, est de bonne ou de mauvaise qualité (1). Pour fixer un chiffre nous dirons, avec l'ancien Codex, qu'un kilogramme de feuilles (*sèches*) de digitale de bon aloi donne environ un gramme de digitaline cristallisée. Toutefois il n'y a là qu'une approximation, cette teneur étant sujette à varier suivant la contrée, le terrain, l'année (sèche ou pluvieuse) et l'époque de la récolte.

Nous venons de voir que le Codex actuel ne connaît qu'une digitaline, la digitaline cristallisée, qu'il appelle aussi digitoxine, nom qu'ont adopté Schmiedeberg et Kiliani. Pour répondre aux exigences de notre pharmacopée, la digitaline doit être anhydre, se dissoudre complètement dans le chloroforme et ne rien céder à l'eau, ni à la benzine. Le Codex précédent indiquait, au contraire, deux sortes de digitalines : l'une, la *digitaline amorphe*, que le pharmacien devait toujours délivrer à moins de désignation spéciale — et qu'il ne faut pas confondre avec la digitaline amorphe d'Homolle et Quévenne, — l'autre, la *digitaline cristallisée*. Toutes deux d'ailleurs peu solubles dans l'eau, très solubles dans le chloroforme, étaient déjà des digitalines chloroformiques. Pourquoi avoir rejeté la digitaline amorphe? Ces deux digitalines étaient presque identiques au point de vue de la composition, elles étaient douées de propriétés thérapeutiques analogues (Bardet, Adrian) et on aurait pu les maintenir, d'autant qu'il n'est pas rare de voir, surtout à la lumière, la digitaline cristallisée passer à la forme amorphe. Il suffisait d'exiger que la digitaline officinale, cristallisée ou non, soit insoluble dans l'eau, mais soluble dans le chloroforme, et on eût été assuré d'avoir un produit presque entièrement formé de digitoxine.

La digitaline est insoluble dans l'eau. Ceci est parfaitement exact quand ce produit est isolé, mais cesse de l'être lorsqu'on envisage la plante elle-même. S'il en était autrement, les préparations de digitale obtenues par l'intermédiaire de l'eau (macération, infusion) seraient inactives. Or, c'est le contraire qui est la vérité. En effet, dans ces préparations aqueuses, il y a de la digitaline et c'est la digitonine, le glucoside soluble dans l'eau, sorte de saponine, qui l'a solubilisée. Bien plus, cette saponine spéciale est, comme ses congénères, plus ou moins irritante, elle agit sur les reins et provoque une diurèse que l'on n'observe pas aussi nettement avec la digitaline.

Il suit de là que la digitaline, fût-elle cristallisée, ne saurait remplacer la digitale dans toutes ses applications thérapeutiques. Il en est, en somme, de la digitaline ce qui est de la morphine, qui ne représente pas l'ensemble des principes actifs de l'opium et de la santonine qui ne représente pas ceux du

---

(1) A ce propos une observation. Comment se fait-il que le Codex traite d'une façon aussi inégale trois préparations également intéressantes? Ainsi, pour les extraits d'aconit et de belladone, les procédés de dosage des alcaloïdes sont indiqués, mais, alors que le formulaire officiel mentionne ce que le premier doit titrer, il est muet sur le chiffre d'alcaloïdes que doit renfermer le second. On fait une série de calculs d'une interprétation assez difficile et on en reste là. Pour l'extrait de digitale, c'est autre chose. Le Codex donne des réactions d'identité — il n'en signale pas pour les deux extraits précités, — mais pas de procédé pour le dosage des alcaloïdes. Les raisons qui ont motivé une telle manière de faire nous échappent complètement.

semen-contra. Il est donc rationnel d'avoir plutôt recours à la drogue elle-même qu'aux corps qu'on en retire et beaucoup de médecins lui sont demeurés fidèles.

Mais là encore, en se servant de digitale, on peut avoir des mécomptes, c'est qu'il y a digitale et digitale et il ne suffit pas de récolter les feuilles selon les prescriptions du Codex pour avoir un produit régulièrement actif. Ceci tient à ce que les principes actifs ne se présentent le plus souvent dans les végétaux qu'à l'état de composés instables dont l'altération commence sitôt la cueillette faite. Il faut, pour éviter ces modifications, en rendre inertes les agents, c'est-à-dire les oxydases, car ce sont ces ferments, communs dans les plantes, que l'on doit surtout incriminer. Il en est du moins ainsi pour la digitale: MM. Brissemoret et Joanin l'ont démontré.

Les anciens avaient remarqué le rôle néfaste de la dessication sur les propriétés thérapeutiques des végétaux, aussi imaginèrent-ils de faire certaines teintures au moyen des plantes fraîches. Dans ces préparations (alcoolatures) l'alcool précipite les ferments et les rend inactifs. Aujourd'hui, si les alcoolatures sont quelque peu délaissées (le Codex n'en mentionne plus que deux réellement actives, celles de feuilles d'aconit et d'anémone pulsatille), c'est au moins par un procédé du même genre que nous *stérilisons* les végétaux, mais nous le faisons, cette fois, en connaissance de cause.

M. Bourquelot est le premier, croyons-nous, qui se soit servi d'alcool dans le but défini de fixer les oxydases. Son procédé consiste à recevoir dans de l'alcool à 95° bouillant les fragments de végétaux à stériliser et à les y laisser une dizaine de minutes. C'est grâce à ce mode opératoire, appliqué à la racine de gentiane, que cet auteur et M. Hérissey ont, en 1900, isolé la gentiopicrine et pu l'obtenir à l'état cristallisé.

Depuis, bien des végétaux ont été traités de cette manière, bien qu'elle offre certains inconvénients, celui, entre autres, de les priver en partie des principes qui sont solubles dans l'alcool. C'est ce qui arrive avec la noix de kola, aussi MM. Goris et Arnould ont-ils proposé de stériliser ces semences à l'autoclave par un séjour de cinq à dix minutes à la température de + 105 — 110°.

Le procédé de stérilisation à l'autoclave paraît pouvoir s'adapter à la conservation des parties de végétaux doués de quelque résistance (noix de kola, racine de gentiane, etc.), mais pour les organes délicats, comme les feuilles, il faut lui apporter quelques modifications. Parmi celles-ci, une, très heureuse, a été recommandée par MM. Perrot et Goris. Elle consiste à remplacer la vapeur d'eau surchauffée par de la vapeur d'alcool, c'est-à-dire par la vapeur d'un liquide bouillant à basse température. Pour ne citer qu'un exemple les feuilles de digitale qui ont subi ce traitement sont dans un état de conservation merveilleux et il est facile de concevoir qu'elles ont gardé l'intégralité de leurs principes actifs. Actuellement, dans le commerce, on trouve des feuilles de digitale ainsi préparées et il semble dès maintenant rationnel de les substituer à celles qui ont été desséchées à l'air libre. De plus, la maison Boulanger-Dausse prépare avec ces feuilles stérilisées différents produits. D'abord de la poudre, celle-ci d'une belle couleur verte; puis un extrait qui est pulvérulent et de coloration jaunâtre. Cet extrait est très hygrométrique, on le conserve dans des flacons dessicateurs à bouchon garni de chaux vive — tels ceux qui servent pour les peptones spongieuses; — il a la propriété de se dissoudre dans l'eau en toutes proportions. Pour ne pas confondre cet extrait très spécial avec l'extrait de digitale du Codex, la maison Dausse l'a dénommé *Intrait.*

Une question se pose maintenant. Quelle différence d'activité y a-t-il entre l'intrait et l'extrait de digitale, puis entre l'intrait et la digitaline. C'est ce que nous allons rechercher.

Etant donné que la stérilisation des feuilles de digitale fait perdre à celles-ci 4/5 de leur poids et que, avec 20 gr. de feuilles stérilisées, on peut préparer 6 gr. d'intrait, on voit qu'un gramme d'intrait correspond à 3 gr. 3 de ces dernières ou à 16 gr. 6 de feuilles fraîches. Or, comme à la suite d'expériences on a noté que la toxicité de 0 gr. 10 d'intrait (obtenu, par conséquent, de 0 gr. 33 de feuilles sèches) correspond à celle de un milligramme de digitaline cristallisée, on voit que la forme médicamenteuse nouvelle est des plus actives puisqu'on obtient, avec 0 gr. 33, le résultat physiologique pour lequel un gramme de feuilles sèches était nécessaire (se rappeler que la digitale fournit en moyenne un gramme de digitaline cristallisée par kilogramme). Les prescriptions magistrales doivent donc être modifiées en raison de ce changement d'activité et les doses diminuées dans les proportions que nous allons faire connaître.

Depuis longtemps on a considéré la dose de un milligramme de digitaline comme la dose maximum à prendre en 24 heures. Eh bien! puisque 0 gr. 10 d'intrait correspondent à un milligramme de digitaline, la dose maximum d'intrait à prescrire pour un jour (en potion, par exemple) sera donc de 0 gr. 10. Autrement dit, 0 gr. 10 d'intrait agissent comme un milligramme de digitaline cristallisée ou comme 0 gr. 15 à 0 gr. 20 d'extrait de digitale du Codex. Cette proportion étant la dose maximum de ce médicament à administrer en un jour.

Pour les médecins habitués à employer la digitale en gouttes la maison Dausse prépare une solution d'intrait (dans l'alcool et la glycérine) titrée exactement comme l'est le soluté de digitaline du Codex, c'est-à-dire que, pour 0 gr. 10 d'intrait (ou un milligramme de digitaline), il faut compter L gouttes. Elle prépare aussi un extrait fluide à poids égal de feuilles stérilisées dont L gouttes (représentant un gramme de cet extrait ou 0 gr. 50 de feuilles sèches) équivalent encore presque exactement à cette même teneur en digitaline (un milligramme).

Ainsi, grâce à la digitale stérilisée et aux produits qu'on peut en obtenir (intrait, extrait fluide, puis pilules, granules, comprimés, ampoules d'intrait), les médecins, partisans de la digitale, peuvent aujourd'hui prescrire des préparations galéniques de cette plante avec certitude de disposer de médicaments de valeur constante et presque certitude d'obtenir les résultats espérés.

Ce que nous écrivons n'est pas pour combattre la digitaline. Celle-ci a de trop puissants défenseurs et parmi eux des Maîtres, tels M. Huchard, devant l'autorité desquels il n'y a qu'à s'incliner. Nous le publions à l'effet de faire connaitre aux confrères qui, pour une raison ou une autre, n'emploient pas la digitaline, l'existence d'un produit nouveau fort intéressant et au succès duquel nous croyons.

Il convient maintenant de remarquer que les doses indiquées pour l'intrait ou sa solution, de même que pour l'extrait fluide, sont les doses maxima à employer en un jour, convenant aux médecins qui, en cas d'asystolie, ont recours à la digitale à *dose massive*. De telles doses ne sont à renouveler qu'après un repos de 10 à 15 jours par crainte de voir se produire des phénomènes d'accumulation.

Mais il va sans dire que ces différentes préparations peuvent être formulées à doses moindres comme sédatives (palpitations, éréthisme cardiaque) ou encore à doses très faibles (0 gr. 01 d'intrait ou V gouttes de solution par jour) à titre de cardiotonique. Notons qu'en ce dernier cas on peut sans inconvénient continuer l'usage de la digitale pendant un temps assez long, quelques semaines au besoin.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Digestion intra-gastrique des graisses sous l'influence de la lipaséidine.**

MM. J. Camus et M. Nicloux étudient la digestion des graisses dans l'estomac sous l'influence de la lipaséidine du cytoplasme de ricin qui digère comme on le sait l'huile de la graine au moment de la germination. Sous l'influence de la lipaséidine la digestion intragastrique des graisses s'opère facilement. Alors que la digestion gastrique des graisses d'après les chiffres des auteurs est en moyenne à l'état normal de 5 p. 100, elle peut devenir dans les mêmes conditions 56,49 p. 100 sous l'influence de la lipaséidine. La pepsine, l'acide chlorhydrique du suc gastrique chez un animal en digestion ne gênent en aucune façon l'activité de cette substance végétale; il y a plus, les auteurs démontrent que la lipaséidine trouve un adjuvant précieux dans l'acidité du suc gastrique.

**Toxicité normale des aliments albuminoïdes frais. Influence de la conservation.**

Pour MM. Linossier et G.-H. Lemoine, la toxicité globale des aliments albuminoïdes d'origine animale peut avoir trois origines : les toxines propres des aliments, les toxines provenant de leur conservation aseptique, les toxines provenant de leur altération microbienne. Depuis les premières recherches des auteurs, M. Ch. Richet fils a annoncé que l'autolyse aseptique de la viande et des œufs développe beaucoup leurs propriétés toxiques. Bien que les conditions des expériences de M. Richet (conservation de l'albumine à l'étuve à 38°, en présence de fluorures de sodium) soient très différentes de celle de la conservation normale des aliments, elles pourraient faire mettre en doute l'existence dans ceux-ci d'une toxicité propre. Or, celle-ci paraît incontestable aux auteurs qui l'ont observée avec de la viande aussi fraîche que possible, avec du blanc d'œuf

quelques heures après la ponte et surtout avec le lait quelques instants après la traite.

(*Soc. de Biol.*).

**Lésions dégénératives de la substance blanche de la moelle dans les méningites.**

MM. Sézary et Tinel ont examiné par la méthode de Marchi 12 sujets morts de méningite cérébro-spinale et tuberculeuse. Outre des lésions systématisées des cordons postérieurs, qui sont des dégénérescences secondaires consécutives aux altérations constantes des racines postérieures, ils ont constaté la dégénérescence marginale des fibres à myéline de la moelle. Ces lésions, qui ne révèlent ni de la myélite ni de la myélomalacie, paraissent dues à l'action directe des toxines sur les tubes nerveux, car elles sont prédominantes ou localisées à la périphérie de la moelle et s'atténuent à mesure qu'on pénètre dans la profondeur.

Ces lésions sont à retenir dans l'étude du déterminisme des symptômes de la méningite, car, dans un cas de méningite syphilitique secondaire uniquement médullaire et ne s'accompagnant d'aucun signe clinique, elles étaient absolument insignifiantes.

(*Soc. de Biol.*).

**Action des glandes génitales sur la glycogénie,** par F. Maignon (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon.*)

Dans une communication antérieure, nous avons montré que chez le chien, le glycogène musculaire subit des variations quantitatives importantes aux différentes époques de l'année. Les courbes de cinq années consécutives, donnant les variations mensuelles du glycogène dans les muscles biceps fémoraux du chien, ont toutes la même allure générale : elles présentent un premier maximum au printemps (mars), un second moins important à l'automne (novembre) et un minimum au moment des fortes chaleurs (juillet, août).

Des recherches semblables effectuées en 1908 et 1909 sur des cobayes, des pigeons et des carpes, nous ont donné des résultats analogues; chez tous ces animaux, il se produit une poussée glycogénique importante au printemps.

Dans ces dernières expériences, nous avons établi des courbes de variations distinctes pour les mâles et les femelles, et constaté que, chez le cobaye et la carpe, les muscles des mâles sont constamment plus riches en glycogène que les muscles des femelles. L'écart existant s'accentue au moment des poussées glycogéniques du printemps et de l'automne, les mâles paraissent donc plus fortement influencés par les saisons que les femelles.

Dans des recherches plus récentes, nous nous sommes proposé d'étudier le mécanisme de ces influences saisonnières. Il ne saurait être question de température, car des cobayes maintenus en hiver dans une couveuse à 25° ou 30°, pendant trois semaines, renfermaient dans leurs muscles autant de glycogène, si ce n'est plus, que les animaux témoins.

Nous avons vu précédemment que, chez le cobaye et la carpe, le sexe influençait la glycogénie; nous savons d'autre part que l'activité des glandes génitales est très variable aux diverses époques de l'année, et il est à remarquer que c'est précisément au printemps, au moment de la suractivité de ces glandes, que l'on observe la poussée glycogène la plus importante, au point que nous nous sommes demandé si l'influence des saisons sur la glycogénie ne s'exerçait pas par l'intermédiaire des testicules et des ovaires.

Ainsi, nous avons été amené à étudier de plus près l'influence des glandes génitales sur cette fonction.

Ces glandes jouent dans l'organisme un rôle des plus important; pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler les modifications fonctionnelles profondes qui accompagnent souvent les époques de la puberté et de la ménopause.

La castration, chez les jeunes, empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires; chez l'adulte, elle influence la nutrition et le système nerveux, d'où il résulte de l'engraissement et des modifications du caractère.

Il n'est donc pas étonnant que les glandes génitales influencent aussi la glycogénie.

Afin d'étudier de plus près cette question, nous avons recherché sur le cobaye, quels étaient les effets de la castration et des injections de suc testiculaire.

a) Effets de la castration. — Nous avons dosé le glycogène dans les muscles de la cuisse chez des cobayes témoins et chez des sujets castrés depuis un mois au minimum. Nous donnons dans le tableau suivant, les moyennes de plusieurs expériences.

| | | Glycogène contenu dans 20 g. de muscle. |
|---|---|---|
| I. | Cobayes mâles non castrés........ | 165 mg |
| | Cobayes mâles castrés............ | 142 |
| | Cobayes femelles castrées.. ...... | 142 |
| II. | Cobayes femelles non castrées..... | 132 |
| | Cobayes femelles castrées......... | 130 |

Il résulte de ces expériences que la castration opérée sur des cobayes mâles a pour effet d'abaisser, d'une manière très sensible, la teneur des muscles en glycogène, et de niveler ainsi l'écart existant entre les deux sexes. Chez les femelles, le glycogène musculaire ne semble pas sensiblement influencé par cette opération.

b) Effets des injections de suc testiculaire. — Ayant constaté les effets de la castration sur la glycogénie, nous nous sommes demandé quels seraient ceux de l'opération inverse : l'injection de suc testiculaire.

Préparation du suc testiculaire. — Les deux testicules d'un cobaye, prélevés dans des conditions aussi aseptiques que possible, sont découpés en menus fragments dans 10 cc. de glycérine neutre stérilisée. Après 24 heures de contact, on décante et l'on étend d'un volume égal d'eau distillée stérilisée.

Injection. — Nous avons injecté, sous la peau de la face interne de chaque cuisse, 1 cc. du mélange précédent. Ces injections étaient faites deux jours consécutifs vers 8 heures du matin et l'animal sacrifié pour le dosage, le deuxième jour vers 2 heures.

Nous donnons, dans le tableau suivant, les moyennes des diverses expériences, portant chacune sur plusieurs animaux :

| | Glycogène contenu dans 20 g. de muscle. | | | |
|---|---|---|---|---|
| | III. | IV. | V. | VI. |
| Cobayes mâles injectés... | 236mg | 214mg | 208mg | 196mg |
| Cobayes mâles témoins... | 207mg | 128mg | 187mg | 165mg |
| | VII. | VIII. | | |
| Cobayes femelles injectées | 159mg | 124mg | | |
| Cobayes femelles témoins. | 161mg | 132mg | | |

Il résulte de ces expériences que les injections de suc testiculaire déterminent chez les cobayes mâles une augmentation notable du glycogène musculaire, tandis que les femelles ne sont pas influencées.

La poussée glycogénique consécutive aux injections est immédiate, elle se fait sentir dès le lendemain, mais elle n'est pas persistante : chez des cobayes tués 6 jours après la dernière injection, le glycogène musculaire était déjà revenu à son taux normal, il n'existait plus de différence avec les témoins.

Ces mêmes injections effectuées sur les cobayes mâles castrés, ne produisent aucune modification du glycogène musculaire; la poussée obtenue chez les non-castrés est donc le résultat d'une stimulation de l'activité testitulaire produite par l'injection.

Il résulte de toutes ces expériences que les glandes génitales influencent manifestement la glycogénie.

Il faut nous demander maintenant, si les saisons n'influencent pas d'une manière directe, la nutrition des tissus, en dehors de l'action qui s'exerce par l'intermédiaire des glandes génitales. Dans ce but, nous avons recherché si, chez les cobayes castrés, la glycogénie est soumise à des variations saisonnières.

Le tableau suivant nous donne les résultats de cette expérience :

| | Glycogène contenu dans 20 g. de muscle. | |
|---|---|---|
| | Mâles non castrés | Mâles castrés |
| Mars...... . | 159mg | 123mg |
| Avril....... | 154 | 121 |
| Mai ......... | 189 | 173 |
| Juin......... | 166 | 131 |
| Septembre... | 165 | 142 |

Nous voyons d'après ces résultats que les cobayes mâles castrés subissent encore une poussée glycogénique importante au mois de mai.

Les saisons exercent donc sur la glycogénie une double influence: une influence indirecte, par l'intermédiaire des glandes génitales, et une influence directe sur la nutrition des tissus. Le mécanisme de cette dernière, encore à déterminer, est probablement en rapport avec des phénomènes cosmiques sur la nature desquels il serait intéressant d'être fixé.

## REVUE CLINIQUE

**Le retour de manivelle chez les chauffeurs d'automobile,** par le Dr Paal-Charles Petit (*Congrès de physiothérapie*).

Les retours de manivelle sont souvent la cause de lésions dans la région du poignet. J'ai pu radiographier 64 chauffeurs d'automobile; ce chiffre ne représente que des cas douteux pour le médecin traitant, ce qui donne une idée de la fréquence des retours.

La contusion osseuse simple est heureusement fréquente. Sur mes 64 cas, 25 n'ont révélé aucune trace de lésion osseuse à la radiographie.

Les 39 autres observations peuvent se répartir ainsi :

Deux fois la manivelle frappe la main elle-même et les deux fois il en résulte une fracture métacarpienne, du premier dans un cas, du quatrième dans le second. Ces fractures atteignent la diaphyse seule; qu'elles entaillent en biseau; le trait est fortement oblique.

Chez tous les autres blessés, la manivelle a frappé le poignet. Le point traumatisé est ordinairement la face palmaire du radius au poignet; mais il s'en faut que la lésion osseuse soit toujours la même.

Six fois il s'est agi d'une fracture des deux os de l'avant-bras. Le radius est atteint selon l'une des modalités que je vais décrire et l'apophyse styloïde cubitale est également fracturée, le reste de l'os étant sain.

Une seule fois, j'ai pu noter un arrachement d'une partie du scaphoïde.

Les 28 cas restant sont des fractures uniquement radiales.

Six variétés y sont à considérer.

La première (2 cas) est une fracture qui détache toute l'extrémité inférieure du radius. Si l'on suit le trait de dehors en dedans, on le voit d'abord oblique en haut, puis dans sa deuxième portion il est à peu près horizontal pour se relever enfin dans sa partie radio-cubitale. C'est une espèce d'accent circonflexe dont une des branches serait relevée vers le haut.

La deuxième (1 cas) montre une fracture siégeant au même endroit, mais les deux frag-

ments se sont pénétrés : l'épiphyse radiale est notablement élargie et coiffe la diaphyse.

La troisième (9 cas) est représentée par un trait horizontal intéressant l'épiphyse radiale dans toute son étendue. Le fragment est beaucoup plus étroit et plus grêle dans la partie juxta-cubitale de l'os.

La quatrième (5 cas) est en somme la même fracture, mais dans sa partie mince, interne, le fragment épiphysaire adhère encore à l'os.

La cinquième (8 cas) montre un trait nettement oblique qui a détaché en coin la partie toute externe de l'épiphyse radiale.

La sixième (1 cas) est un enfoncement osseux. Aucun trait de fracture apparent ; mais dans l'épiphyse, un petit fragment sur lequel on peut reconnaître une texture osseuse, mais qui au premier coup d'œil, simule un peu un corps étranger.

Enfin, dans quatre observations, on remarque comme un étirement des travers de l'épiphyse, on a l'impression que la fracture n'a pas entièrement abouti.

Les chiffres que je viens de donner n'ont aucune prétention statistique, car mes 64 cas représentent un nombre infime à côté des retours qui se produisent journellement et dans lesquels se sont trouvées de nombreuses fractures que je n'ai pas eu à examiner.

Je n'ai voulu, dans cette courte note qui sera suivie de communications plus complètes, me placer qu'au point de vue de la radiographie pure.

Au point de vue clinique, je signalerai seulement qu'on chercherait vainement dans la fracture des chauffeurs les signes classiques, tels que le dos de fourchette, etc. Ce qui fait ici le diagnostic, c'est la douleur. On la trouve surtout en trois points, à la partie toute inférieure du cubitus et plus exquise à l'épiphyse radiale et sur la face palmaire, sur le carpe même, presque sur l'axe médian du membre.

Puis vient l'ecchymose, toujours palmaire, quelquefois carpienne, le plus souvent s'étendant à l'avant-bras.

L'impotence fonctionnelle est nulle pour le poignet, très limitée pour les doigts. En dehors de la douleur localisée, tout le poignet est sensible à la pression au palper.

Ces fractures guérissent en général fort bien et en quelques semaines, le travail peut être repris.

J'ai assisté une fois à l'évolution d'une névrite de tout le membre supérieur droit, qui s'est fortement améliorée, mais qui n'a pas guéri malgré trois mois d'un traitement énergique, massage, bains de lumière, électrisation. Le retour de manivelle avait ici déterminé une simple contusion du poignet, mais aussi une luxation de l'épaule réduite par un passant complaisant et qui fut certainement l'origine des troubles névritiques.

Le traitement a toujours consisté dans ces fractures en soins « physiothérapiques » : bains, massages, enveloppements ouatés et mobilisation prudente.

**Le diagnostic précoce du cancer du sein**, par le Dr Binet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine (*Revue méd. de l'Est*).

Le cancer du sein passe habituellement par une série de phases cliniques qui se succèdent dans l'ordre chronologique suivant.

La période initiale de l'affection est marquée, en règle, par l'existence d'un nodule occupant un point quelconque de la glande, mais le plus souvent son segment externe. Puis, la tumeur contracte des adhérences avec la peau. Elle se propage ensuite aux ganglions lymphatiques du bord externe du muscle grand pectoral, des aisselles, des creux sus et sous-claviculaires, exceptionnellement aux ganglions rétro-sternaux et médiastinaux. Elle envahit l'aponévrose du muscle grand pectoral et la paroi thoracique tout entière. Elle peut même atteindre par propagation profonde la plèvre et le poumon. En même temps, la peau s'ulcère et se couvre de bourgeons néoplasiques.

Enfin, à cette phase locale succède la phase de généralisation, marquée par la cachexie cancéreuse et les métastases au fois. au poumon, aux os longs, à la colonne vertébrale.

Le diagnostic du cancer n'est que trop évident quand déjà la peau et les ganglions lymphatiques sont largement envahis, à plus forte raison quand la tumeur a contracté des adhérences profondes, qu'elle s'est ulcérée et qu'existent des métastases néoplasiques, mais il n'en va pas de même à la phase nodulaire du cancer.

Si la peau est encore mobile è la surface de la tumeur, ou si les adhérences tégumentaires sont très limitées, le diagnostic n'est étayé que sur des nuances. Des erreurs d'interprétation sont facilement commises, comme le démontre une fois de plus l'observation inédite suivante que nous venons de recueillir à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Observation. — Mlle X..., 19 ans, lingère, entre le 30 décembre 1909 au service du Professeur Reclus pour une tumeur du sein droit, dont elle s'est aperçue par hasard il y a six semaines.

A l'inspection, cette tumeur forme à peine une saillie appréciable au niveau du segment supéro-externe de la glande, immédiatement audessus et en dehors du mamelon. La peau ne présente aucune modification.

A la palpation, cette tumeur, du volume d'une noix, paraît nettement limitée. Elle ne présente aucune adhérence dans la profondeur.

Pas de rétraction du mamelon.

Le plissement de la peau à la surface de la tumeur ne donne pas lieu au phénomène de la peau d'orange. Toutefois, la traction exercée sur la tumeur entraîne le mamelon et l'aréole dans sa partie supéro-externe.

Pas d'adénopathie axillaire appréciable.

On porte le diagnostic d'adéno-fibrome et on L'affection est indolente.

On porte le diagnostic d'adéno-fibrome et on se décide à pratiquer l'énucléation de la tumeur.

*Opération*, 3 janvier 1910.

Incision au niveau du sillon sous-mammaire.

On aborde la tumeur par sa face profonde, mais on essaie en vain de trouver un plan de clivage. On est obligé d'enlever la tumeur en en sculptant aux ciseaux les contours dans la glande.

Suture de la plaie opératoire au crin de Florence.

La tumeur est soumise à l'examen histologique. Il s'agit d'un épithélioma.

L'extirpation de la tumeur semblant avoir été complète, on se propose de se contenter de surveiller attentivement la malade et de se tenir prêt à pratiquer l'amputation du sein au premier signe de récidive.

L'erreur inverse est fréquemment commise. Le Professeur Reclus rappelait dans une de ses dernières cliniques l'observation d'une malade qu'il avait examinée avec Nélaton. Bien qu'ils se fussent concertés tous deux dans le but précis d'éviter une interprétation fautive, ils avaient, d'un commun accord, conclu à un cancer, alors qu'il s'agissait d'un noyau isolé de mammite kystique.

L'oubli de la ponction exploratrice coûta à cette femme la perte de son sein.

Les formes habituelles du cancer du sein, c'est-à-dire l'encéphaloïde et les squirrhes se manifestant à leur début par l'existence d'un noyau néoplasique isolé de la glande, ce sont les caractères mêmes de cette tumeur qui devra retenir notre attention.

Mais au préalable, il nous faut dire quelques mots des cancers aigus, qui revêtent à leur début une allure inflammatoire et aussi des épithéliomas dendritiques, dont le premier symptôme consiste en un écoulement de sang pur par le mamelon.

Les difficultés du diagnostic sont bien différentes, en effet, dans les trois cas suivants :

1° La tumeur prend d'emblée les caractères d'une inflammation aiguë ;

2° L'écoulement de sang pur par le mamelon est le signal-symptôme du cancer;

3° Il existe, et c'est la règle, une tumeur nodulaire de la glande.

1° *La tumeur prend d'emblée l'allure inflammatoire.*

C'est le cas du cancer aigu, décrit par Billroth, et désigné encore sous le nom de cancer en masse, de mastite carcinomateuse.

Ce cancer évolue chez les femmes enceintes ou plus souvent pendant la période de lactation.

Généralement bilatéral, il aboutit en quelques semaines à une énorme augmentation du volume des seins. La peau qui les recouvre est épaissie, infiltrée, de coloration rouge foncée. La tumeur ne tarde pas à s'ulcérer et l'évolution de la maladie ne dépasse pas au total trois à six mois.

La mastite carcinomateuse est très souvent confondue avec le phlegmon aigu de la glande mammaire, et Terrillon rapporte l'observation d'une femme atteinte de mastite carcinomateuse, chez laquelle deux chirurgiens avaient tenté à quelques semaines d'intervalle, l'incision large et avaient été, l'un et l'autre, fort surpris de ne pas évacuer de collection purulente.

Sans doute, dans le phlegmon aigu du sein, la peau est plus chaude, d'un rouge plus vif que dans le cancer aigu, où les téguments présentent une teinte brique. Mais, ce sont là des nuances. Les caractères différentiels essentiels consistent dans l'indolence relative et l'absence complète de fièvre dans le cancer aigu.

La palpation de la région est toujours possible dans la mastite carcinomateuse, tandis qu'elle est atrocement douloureuse dans le phlegmon aigu.

Mais c'est, plus encore, la lecture du thermomètre qui fait le diagnostic.

2° *Le symptôme initial du cancer est une hémorragie de sang pur par le mamelon.*

C'est le cas de l'épithélioma dendritique.

Cette hémorragie, d'abord minime, a tendance à se répéter et son abondance augmente progressivement. Elle est, pour cette affection, ce que l'hémoptysie prémonitoire est pour certaines tuberculoses pulmonaires. (Ombrédanne).

L'épithélioma dendritique, une fois constitué, est caractérisé par l'existence, au niveau de la région de l'aréole, d'une ou de deux petites nodosités.

Son évolution peut demeurer stationnaire pendant plusieurs années. L'extension et la généralisation sont toujours tardives.

Toutes les affections inflammatoires du sein, toutes les tumeurs bénignes ou malignes peuvent se compliquer d'un écoulement de sérosité roussâtre par le mamelon. Mais l'écoulement de sang pur est presque pathognomonique de l'épithélioma dendritique.

La confusion n'est possible qu'avec les hémorragies mamelonnaires hystériques qui sont, elles, bilatérales, et ne s'accompagnent pas de tumeurs sous-aréolaires.

3° *Il existe un nodule au niveau de la glande.*

Cette tumeur, d'abord contenue dans le parenchyme glandulaire, va par la suite présenter une évolution variable.

Tantôt elle gagnera rapidement toute l'étendue du sein, en subissant un ramollissement qui lui donnera la consistance du tissu cérébral. Ce sera l'encéphaloïde.

Tantôt la tumeur gagnera le réseau lymphatique sous-cutané et ces embolies lymphatiques

cancéreuses, suivant leur degré de confluence, réaliseront le syndrome du squirrhe pustuleux ou du squirrhe en cuirasse.

Plus souvent, la tumeur va déterminer l'atrophie de la glande, ce sera le squirrhe atrophique des femmes âgées. Ou bien encore, elle procurera à sa périphérie des prolongements en pattes de crabe. On lui donnera alors le nom de squirrhe rameux. Il est bien évident qu'une fois parvenus à ce stade de différenciation, ces cancers seront facilement diagnostiqués. Mais supposons que la palpation de la région mammaire nous indique seulement l'existence d'un nodule isolé.

S'agit-il d'un cancer? Voici les caractères qui nous permettront en règle de conclure à l'affirmative.

Le nodule présente des contours diffus et la palpation indique que la tumeur se continue insensiblement avec le tissu glandulaire voisin La mobilité de la glande mammaire est dimi nuée. Ce symptôme de début serait dû, d'après Halsted, à de l'œdème précoce du tissu conjonctif périacineux.

A cette phase de l'affection, l'exploration clinique n'indique malheureusement que des nuances souvent difficiles à saisir.

Quand la peau est envahie, le diagnostic se précise par l'apparition de deux symptômes capitaux : la rétraction du mamelon et le capitonnage de la peau, désigné encore sous le nom de phénoméne de la peau d'orange. La rétraction du mamelon ne s'observe que dans les cancers occupant la région aréolaire. L'adhérence des téguments à la tumeur est beaucoup plus constante.

Pour la mettre en évidence, il faut avoir soin d'examiner le sein à jour frisant et saisissant entre le pouce et l'index la peau qui recouvre la tumeur, on s'efforce, en l'attirant à soi, d'y faire un large pli. Les téguments ne se laissent pas attirer, mais il se forme à leur niveau une série de sillons correspondants aux capitons néoplasiques.

De plus, on voit apparaître à leurs surfaces de petites dépressions arrondies, présentant la plus grande analogie avec les pores d'une pelure d'orange. Ce phénomène, quand il est aussi net que je viens de le décrire, fait à lui seul le diagnostic.

Malheureusement, quand la peau n'est adhérente à la tumeur que par quelques tractus néoplasiques très ténus, la recherche précédente peut être négative. Nous conseillons alors d'user de l'artifice suivant: au lieu de chercher à mobiliser la peau à la surface de la tumeur, c'est la tumeur que l'on va déplacer dans le sens transversal et vertical, on verra alors dans les quelques points où les adhérences des téguments se sont déjà produites, la peau accompagner la tumeur dans ses déplacements.

L'envahissement des ganglions du bord externe du muscle grand pectoral, puis l'envahissement des ganglions de l'aisselle correspondante, des deux aisselles et même exclusivement de l'aisselle du côté opposé à la tumeur succèdent presque immédiatement à la propagation du cancer à la peau. Malheureusement, la recherche même attentive des ganglions néoplasiques n'a pas toute la valeur séméiologique qu'on lui reconnaît d'habitude. Si l'affection est déjà assez avancée pour donner lieu à ces adénites axillaires énormes qui compriment le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle et s'accompagnent de douleurs irradiées suivant le trajet des branches collatérales et terminales du plexus brachial, de troubles moteurs, d'œdème éléphantiasique du membre supérieur, si les ganglions sous et sus-claviculaires, voire même les ganglions rétro-sternaux et médiastinaux sont envahis, la recherche des adénopathies néoplasiques présentera bien évidemment un intérêt capital pour la détermination des limites de l'opérabilité, mais le diagnostic toujours évident à cette phase n'en sera en quoi que ce soit modifié. Si, au contraire, l'adénopathie est peu marquée, elle ne se distinguera en rien des adénopathies banales qui peuvent venir se surajouter à toutes les affections du sein, sans même qu'il y ait entre elles relation de cause à effet.

La propagation du cancer aux plans profonds et en particulier à l'aponévrose du muscle pectoral, se produisant également tardivement, ne pourra pas davantage éclairer le diagnostic précoce du cancer du sein.

En réalité, à leur phase nodulaire, les épithéliomes du sein peuvent être confondus avec toutes les affections chroniques de la mamelle : tumeurs malignes conjonctives, tumeurs bénignes et inflammations chroniques.

Le sarcome du sein débute, comme l'épithélioma, par l'existence, au niveau du parenchyme glandulaire, d'une tumeur à contours diffus, avec limitation de l'excursion de la glande. Faisons observer, toutefois, que le sarcome frappe de préférence les sujets jeunes, et que dans le sarcome, les adhérences tégumentaires sont tardives, l'adénopathie axillaire plus tardive encore, car elle succède à l'ulcération de la peau. Mais, en dehors de ces caractères négatifs, le diagnostic précoce du sarcome ne peut être établi avec certitude que par l'examen histologique. D'ailleurs, la confusion entre les tumeurs malignes épithéliales et conjonctives n'a pas d'intérêt pratique ; car le pronostic de ces deux affections est sensiblement identique et les indications thérapeutiques sont les mêmes. A la période d'état, le diagnostic se précise d'ailleurs, car l'évolution du sarcome diffère essentiellement de celle de l'épithéliome par les caractères suivants que nous ne faisons qu'énumérer. Le sarcome constitue une tumeur énorme, pesant jusqu'à 6 et 7 kilogrammes, souvent pédiculée, sillonnée de veines dilatées. Le mamelon, loin d'être rétracté, est étalé à la surface de la tumeur. La consistance de la tumeur est irrégulière, à grosses bosselures, kystique en certains points. La peau qui recouvre la tumeur est amincie, mais ne lui adhère que tardivement. Une ulcération à bords souples succède à la distension de la peau et l'adénopathie est la conséquence d'infections secondaires parties de cette ulcération. L'état général est peu modifié et la malade succombe brusquement, presque en pleine santé, à des métastases à distance.

Le diagnostic différentiel des tumeurs épithéliales malignes et des tumeurs bénignes est plus délicat et offre un intérêt pratique beaucoup plus considérable. Sans parler des tumeurs rares de la glande mammaire telles que les lipomes, les chondromes, les fibromes purs, nous nous efforcerons de préciser les caractères spéciaux des tumeurs habituelles de cette région, c'est-à-dire des adéno fibromes.

Ce qui complique singulièrement le diagnostic différentiel de ces tumeurs bénignes, c'est qu'elles peuvent, à un moment donné de leur évolution, être le siège d'une transformation épithéliale maligne. Les termes de passage entre les deux variétés de néoplasme sont, de ce fait, très difficiles à saisir. Nous ne pouvons étayer notre diagnostic, ni sur l'évolution de la tumeur, ni sur l'existence ou l'absence d'adénopathie. Seuls, l'encapsulement de la tumeur et par suite sa délimitation nette et d'autre part l'absence d'adhérences tégumentaires sont de bons symptômes d'adéno-fibrome du sein. Encore faut-il savoir que l'exploration minutieuse du sein peut laisser subsister un doute dans l'esprit du chirurgien le plus averti et nous ne saurions trop, dans ces cas douteux, recommander la pratique du Professeur Quénu, c'est-à-dire la biopsie systématique et l'examen histologique du fragment prélevé.

Les inflammations chroniques de la mamelle sont les unes spécifiques, les autres banales.

Les mycoses et particulièrement l'actynomicose du sein, siègent à la superficie de la glande et ne tardent pas à se traduire par l'existence d'ulcérations et de fistules donnant issue à du pus mêlé de granulations jaunâtres. La recherche microscopique des parasites et surtout la réaction d'agglutination permettront de porter dans tous les cas un diagnostic précis.

La tuberculose de cette région peut se traduire soit par l'existence d'abcès froids d'origine thoracique, soit par la présence de gommes. Nous conseillons, dans tous les cas douteux d'abcès froids, de recourir d'une façon systématique à la ponction exploratrice. L'issue de pus mêlé de débris caséeux viendra lever tous les doutes.

La gomme tuberculeuse prête davantage à confusion avec l'épithéliome, car ses contours sont toujours mal limités. Toutefois, ce qui domine la scène dans ces lésions gommeuses, c'est une adénopathie axillaire énorme constituée par des ganglions indolores, ramollis, prêts à s'ulcérer.

Sans insister sur le chancre du mamelon et les syphilides secondaires de la région aréolaire, nous devons signaler au niveau de la glande mammaire, l'existence de gommes tertiaires qui offrent avec le cancer, à sa phase nodulaire, la plus grande analogie. Mêmes contours diffus, mêmes adhérences tégumentaires dans un grand nombre de cas. Le diagnostic ne peut être établi que par trois ordres de recherches bien différents : 1° l'étude des anamnestiques et la constatation de lésions tertiaires concomitantes en d'autres régions; 2° le traitement d'épreuve, qui en l'espace de quinze jours fournira des indices suffisants : 3° la réaction de Wassermann.

A côté de ces lésions inflammatoires chroniques spécifiques de la mamelle, existe un grand nombre de mammites ou de mastites banales, qui toutes peuvent être ramenées à deux types essentiels : la mammite noueuse ou fibreuse, décrite par Tillaux et son élève Phocas, et la maladie kystique, isolée par le Professeur Reclus.

La mammite noueuse doit être tenue pour une affection exceptionnelle: généralement bilatérale, elle peut néanmoins se traduire par l'existence d'un noyau induré unique au niveau d'un des seins et dans ce dernier cas, la ressemblance est telle avec le nodule néoplasique que le problème séméiologique est en réalité insoluble.

Fort heureusement, la mammite noueuse, surtout sous cette forme, est tellement rare, qu'on peut en pratique négliger de la faire entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel des tumeurs du sein.

Nous ne pouvons en dire autant de la mammite kystique caractérisée par un semis de petits kystes arrondis, dont la plupart atteignent les dimensions d'un pois et sont disséminés dans les deux glandes, mais dont quelques-uns, plus volumineux, viennent former de véritables tumeurs, appréciables à l'inspection et à la palpation.

Le diagnostic de cette affection n'offre pas de difficultés, quand elle revêt la forme typique décrite par le Professeur Reclus il y a une vingtaine d'années. Mais, dans un certain nombre de cas, les kystes sont restés microscopiques, un seul s'est développé et la tension même du liquide, à son intérieur, lui donne une consistance franchement dure. C'est alors que l'erreur est possible, et c'est alors qu'il faut, à l'exemple du Professeur Reclus, pratiquer d'une façon systématique la ponction exploratrice. Sans doute, cette ponction peut rester blanche, même si l'aiguille pénètre dans la cavité du kyste à cause de la viscosité particulière du liquide, mais on a toujours la sensation nette de l'existence de cette cavité et les mouvements communiqués à la pointe de l'aiguille s'effectuent librement dans tous les sens.

Cette ponction exploratrice a la plus grande portée pratique et « j'ai conscience, disait le Professeur Reclus dans ses cliniques, depuis que j'ai isolé la maladie kystique de la mamelle, d'avoir sauvé du couteau du chirurgien plusieurs centaines et peut-être plusieurs milliers de seins ».

Au cours de cette étude, nous avons à dessein passé sous silence les tumeurs ulcérées et leur diagnostic.

Nous n'avons pas parlé en particulier d'une affection dont l'étiologie est encore à l'heure actuelle très contestée, à savoir la maladie de Paget; c'est qu'en effet les épithéliomes de la mamelle s'ulcèrent tardivement et à cette phase leur diagnostic est le plus souvent facile à établir. Seuls, les épithéliomes cutanés donnent lieu à des ulcérations précoces. Mais bien que pouvant se rencontrer à la région du sein comme partout ailleurs, ils constituent un chapitre spécial de pathologie chirurgicale, qui ne rentre pas dans le cadre restreint de cette étude.

**Cancer de l'œsophage et œsophagoscopie,** leçon par M. le Professeur Ardin-Delteil (*Faculté d'Alger*).

Les progrès réalisés dans la technique et l'instrumentation des méthodes endoscopiques ont rendu plus aisé et beaucoup plus précis le diagnostic des lésions de l'œsophage, naguère encore plein d'incertitudes et d'obscurités.

L'œsophagoscopie permet aujourd'hui, dans la plupart des cas, par l'examen direct du conduit alimentaire, de déterminer le siège et la nature des affections qui peuvent s'être localisées en un point de son parcours. Elle s'affirme ainsi bien supérieure aux autres procédés d'exploration clinique : l'auscultation du canal, le cathétérisme explorateur, voire même la radioscopie.

La fréquence assez grande des rétrécissements néoplasiques de l'œsophage (j'en ai observé une douzaine en trois ans à Alger), m'engage à vous exposer aujourd'hui succinctement cette question d'ordre éminemment pratique, à l'occasion de l'observation que voici :

Observation. — Le 21 janvier 1910 est entrée à la clinique médicale, salle Andral, n° 11, la nommée M... Esther, couturière, âgée de 51 ans.

Sans antécédents héréditaires remarquables, elle eut la fièvre scarlatine à 9 ans, fut réglée à 17, et toujours mal réglée. Jusqu'à 20 ans, elle fut sujette à des épistaxis fréquentes. Enfin, elle a été impaludée à diverses reprises.

*En mars* 1909, on lui extirpa une *tumeur ovarienne* de nature maligne, dont l'examen histologique ne fut point pratiqué. Depuis lors, suppression des règles, et troubles nerveux : bouffées de chaleur, bourdonnements d'oreille, maux de tête, quelquefois, crises de palpitations.

*En juin* 1909, apparaissent des *troubles digestifs* qui n'ont fait que s'accentuer depuis lors. Après ses repas, elle était prise de *vomissements* brusques, survenant *tantôt immédiatement* après l'ingestion des aliments si elle ne gardait pas l'immobilité, tantôt *plus tardivement*, quelques heures après, si elle observait un certain repos.

A ces vomissements s'associent des *régurgitations aigres*, accompagnées d'une sensation nauséeuse, et d'une sensation de brûlure, de pyrosis, tout le long de l'œsophage.

Aux vomissements et aux régurgitations s'adjoint une *sialorrhée* très abondante. La malade ressent dans la bouche une *saveur vinaigrée* presque constante, qui amène dans la bouche un flux incessant de salive à goût acide, qu'elle ne déglutit pas, et qu'elle rejette en crachant à tout moment.

Vomissements, régurgitations, sialorrhée, sont complétés par de *vives douleurs épigastriques*, s'irradiant dans les côtés et jusque dans le dos, et provoquée moins par le passage normal, de haut en bas, des aliments, que par leur passage à rebours, lors des vomissements.

En interrogeant plus attentivement la malade, on se rend compte que tout ce syndrome qui pourrait passer pour un syndrome gastrique hypersthénique, avec hyperchlorhydrie probable, est surtout un syndrome œsophagien. Cette malade, qui ne déglutit pas sa salive, a perdu l'appétit ; les quelques aliments qu'elle absorbe à grand'peine sont le plus souvent rejetés plus ou moins tardivement, sans avoir subi de grandes modifications digestives ; aussi elle a beaucoup maigri, et, en s'approchant de son lit, on est frappé par *l'odeur d'acétone* que dégage son haleine et qui indique, en général, un état de dénutrition profonde, d'autophagie.

Très constipée, elle est obligée de recourir à des laxatifs assez fréquents. A diverses reprises, elle a eu des selles légèrement noirâtres, *marc de café*.

Le *creux épigastrique est douloureux* à la pression, et l'on sent à ce niveau, des battements énergiques de l'aorte ou du tronc cœliaque. A la palpation et à la percussion, l'estomac ne paraît point dilaté. L'auscultation profonde permet de percevoir à ce niveau, un souffle systolique synchrone au soulèvement artériel.

La rate, le foie sont normaux ; pas de ptose rénale. Sur la ligne médiane sous-ombilicale, une cicatrice déprimée, présentant un nodule induré, gros comme une noisette, reliquat de la laparotomie déjà signalée.

Pas de genglion sus-claviculaire (ganglion de Troisier). Pas de ganglions axillaires, ni inguinaux. Appareil respiratoire normal.

Le cœur est gros ; la pointe est abaissée verticalement. L'aorte est élargie ; battements dans le creux sus-sternal. Au foyer aortique, double souffle systolique et diastolique ; double souffle crural de Duroziez.

Les pouls radiaux sont égaux, synchrones, un peu bondissants ; pas de troubles pupillaires, ni de troubles laryngés.

L'examen du système nerveux montre quelques points hystérogènes (ovaires, sein gauche), de l'anesthésie cornéenne, de l'hyperesthésie pharyngée et quelques modifications des réflexes rotuliens (inégaux), achilléens, plantaire (diminués). Il n'existe pas de troubles de la démarche, sauf ceux inhérents à l'affaiblissement de la malade.

La pression des phréniques au cou est douloureuse.

L'analyse des urines, faite le 30 janvier, donna les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Volume remis | 860 cent. cab. |
| Réaction | acide |
| Densité | 1.015,5 |
| Urée | 11 gr. 53 p. litre |
| Phosphates | 1 gr. 595 — |
| Chlorures | 5 gr. 37 — |
| Azote total | 7 gr. 162 — |
| Azote de l'urée | 5 gr. 372 — |
| Rapport azoturique | 0,75 |
| Albumine | 0,233 — |
| Glacose | absence |
| Bile | — |
| Urobiline | très forte présence |
| Indican | traces |

Acétone.. Réactions de Le Nobel, Legal, Lieben = Positives

Action sur la lumière polarisée. Lévogyre = 1,4

Enfin, la malade ayant eu un jour un vomissement d'un brun jaunâtre, le liquide fut examiné pour savoir s'il contenait du sang. L'analyse chimique et microscopique y montra la présence de pigments biliaires, l'absence d'hématies et de formation de cristaux de chlorhydrate d'hématine par le procédé de Teichmann.

J'ajouterai que cette malade est dans un grand état de faiblesse, et qu'elle est très amaigrie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un syndrome pareil à celui que vient de vous faire connaître la lecture de cette observation, on doit songer immédiatement à une diminution de perméabilité du conduit œsophagien.

Ce *syndrome œsophagien*, en dehors de la dénutrition et de la cachexie, est constitué par une *dysphagie douloureuse*, généralement progressive, par les *régurgitations*, c'est-à-dire le retour anormal, sans nausée ni efforts du contenu œsophagien (ou stomacal) dans la cavité buccale, et par les *vomissements œsophagiens*, qui ne sont qu'une régurgitation brusque, suivie du rejet, hors de la bouche, sans effort, des aliments régurgités.

Régurgitations et vomissements œsophagiens peuvent être hâtifs ou tardifs, et décèlent l'existence d'une poche de rétro-dilatation située en arrière de l'obstacle œsophagien.

A ce syndrome assez précis, s'adjoint souvent de la *sialorrhée*, très nette chez notre malade, due à une sorte de réflexe œsophago-salivaire, qui aurait quelque signification au cas de cancer du conduit.

La constatation de ce syndrome œsophagien pur, ou des syndromes d'emprunt qui peuvent s'associer à lui (syndrome gastrique, syndrome laryngé, récurrentiel, avec dysphonie, cornage, crises de spasme glottique, etc.), engage à pratiquer une exploration plus complète de l'œsophage.

La palpation de l'œsophage au cou et le toucher buccal, ne donnent que de faibles renseignements.

L'*auscultation de l'œsophage*, ou plutôt du cardia, pratiquée soit en avant, un peu à gauche de l'appendice xiphoïde, soit dans le dos, à gauche de la colonne vertébrale, au niveau des neuvième et dixième côtes, peut fournir quelques éléments.

A l'état normal, au moment où le sujet avale une bouchée de liquide, on entend deux bruits successifs : un gargouillement, dû à l'arrivée du liquide dans l'œsophage ; cinq à six secondes après, un bruit de *projection* ou de *propulsion* produit par la traversée du cardia par le bol liquide. C'est le *Durchpressungsgeräusch*, de Meltzer. Lorsqu'il existe un rétrécissement œsophagien, le second bruit est très retardé.

Enfin, Révidtzev (1) a décrit, sous le nom de *bruit résiduel*, un bruit de propulsion liquidienne se reproduisant sous l'influence de mouvements de déglutition à vide, après que le sujet a absorbé une certaine quantité de liquide. On en comprend aisément le mécanisme. Le liquide accumulé au-dessus de la sténose est entraîné par petits paquets, lors de chaque mouvement de déglutition se faisant à vide, jusqu'à travers le cardia ; d'où la reproduction du bruit de propulsion, sous forme de ce bruit résiduel.

J'ai pu constater, chez la malade, l'existence du retard du bruit de projection cardiaque, et l'existence du bruit résiduel de Révidtzev, ce qui confirmait l'hypothèse d'un obstacle situé en un point du conduit.

Un autre *procédé d'exploration*, un peu aveugle et que je n'aime pas beaucoup employer, est le *cathétérisme explorateur* de l'œsophage qui s'effectue au moyen de l'explorateur à boules olivaires. Il nécessite un doigté délicat, mais s'il permet de préciser assez exactement le siège de l'obstacle, il n'en détermine point la nature. C'est ainsi que certains *spasmes infranchissables*, sans cocaïnisation préalable, peuvent être pris pour des sténoses cicatricielles ou pour des tumeurs.

Il vaut mieux, lorsqu'on le peut, faire appel à l'*examen radioscopique* du sujet. Et c'est ce que nous n'avons pas manqué de faire.

Notre malade a été placée devant l'écran en position oblique, les bras relevés au-dessus de la tête, de manière à faire apparaître la projection de cet espace clair qui longe la colonne vertébrale et la sépare de l'ombre portée du médiastin. Dans cet espace chemine l'œsophage.

En faisant avaler au sujet un cachet conte-

(1) *Semaine médicale*, 1908, p. 87.

nant du bismuth, nous avons vu ce cachet venir s'arrêter au niveau de la neuvième côte.

On pourrait également faire avaler un fait de bismuth qui viendrait combler la partie de l'espace clair située au-dessus du rétrécissement.

Ce même examen radioscopique nous a montré chez notre malade, un cœur augmenté de volume, et une aorte volumineuse débordant la colonne vertébrale et animée de battements, ce qui confirmait l'existence d'une dilatation de ce vaisseau.

Mais cette épreuve radioscopique ne nous renseignait pas suffisamment sur la nature de la sténose œsophagienne.

S'agissait-il d'un *spasme* ?

On ne relevait, ici, ni le début brusque, ni le rôle provocateur d'une émotion, quoique certains stigmates de névrose pussent autoriser l'hypothèse d'un spasme névropathique.

On pouvait à la rigueur tabler sur l'*âge* de la malade, pour s'orienter plutôt vers l'idée d'un néoplasme. Mais c'est là un élément trompeur. Guisez, dont l'expérience est basée sur quatre cents observations personnelles, a pu se convaincre *qu'au moins une fois sur dix, le diagnostic de cancer est erroné*, et que même chez les personnes âgées, le spasme, la contracture spasmodique peuvent revêtir la marque du cancer (cachexie et inanition).

En l'absence de toute adénopathie cervicale, sus-claviculaire, ou axillaire, cliniquement il fallait s'adresser à d'autres éléments.

*La sialorrhée*, dont je vous ai déjà parlé, serait un bon signe de néoplasie œsophagienne, jointe surtout à une striation sanguinolente de la salive. Ici, on pouvait s'appuyer sur l'existence constatée de *melæna*, et surtout sur les antécédents : tumeur ovarienne d'aspect malin opérée en mars 1909.

Malgré tout, une hésitation pouvait demeurer ; et on était en droit de se demander si le double souffle aortique n'était pas en relation avec un anévrysme de l'aorte, et si cette tumeur vasculaire ne pouvait pas être l'origine d'une compression directe ou le point de départ d'un spasme réflexe aboutissant à la production d'une sténose.

Le mieux était donc d'aller voir directement, et d'employer une méthode qui ne s'est vulgarisée en France que dans ces dernières années : je veux parler de cette méthode endoscopique directe connue sous le nom d'œsophagoscopie.

*L'œsophagoscopie* permet l'examen direct de la cavité œsophagienne et de ses parois. Vous savez même peut-être qu'en 1906, Jackson l'a étendue à l'estomac, en créant la *gastroscopie* directe.

Cette méthode consiste à faire pénétrer dans l'œsophage un tube métallique rigide, de calibre et de longueur variables, suivant les sujets et suivant le point à atteindre. Celui-ci est éclairé soit par la projection d'un faisceau lumineux provenant d'une source extérieure, soit encore plus directement par une petite lampe électrique disposée à l'extrémité interne du tube œsophagoscopique.

La pénétration du tube explorateur se fait constamment sous le contrôle de la vue de l'observateur ; ce procédé est infiniment supérieur au cathétérisme aveugle par le moyen de l'explorateur à boules. Les manœuvres sont facilitées par la bromuration du sujet à examiner pendant les quarante-huit heures qui précèdent l'examen, et par des applications locales de cocaïne, préconisées en 1887, par Von Hacker. Une tige porte-coton imbibée d'une solution de cocaïne au 1/20e, permet d'anesthésier successivement, avant de faire progresser le tube œsophagoscopique, les diverses régions qu'il doit traverser : l'isthme du gosier, bouche de l'œsophage, parois œsophagiennes en un point quelconque du parcours du tube.

Je vous rappellerai très brièvement que le premier, Waldenburg, en 1868, tenta une endoscopie indirecte par le moyen d'un appareil à éclairage réfléchi ; cette tentative fut renouvelée, en 1880, par Mackenzie, qui employait un miroir laryngé pour réfléchir l'image de la région observée. Mais l'endoscopie indirecte devait rapidement céder le pas à l'endoscopie directe.

Kusmane, en 1868, avait fait la première œsophagoscopie directe en utilisant l'instrumentation uréthroscopique de Désormeaux.

C'est Mikulicz qui, en 1881, érigea en méthode régulière, l'œsophagoscopie directe.

En 1897, Killian perfectionnait la méthode et l'appliquait surtout à la trachéo-bronchoscopie, qui a rendu d'inappréciables services aux spécialistes et aux malades.

Les noms de *Mikulicz* et de *Killian* sont donc ceux qu'il faut surtout retenir.

En France, Moure, Guisez (1), Cauzard (2), Sébileau ont été les vulgarisateurs de la méthode depuis longtemps employée à l'étranger.

Pour plus de détails, je vous renvoie aux diverses communications de Guisez, à son article de la *Presse Médicale* (3) sur *la valeur de l'œsophagoscopie au point de vue diagnostique et thérapeutique*, étude basée sur 300 observations personnelles, et à l'article tout récent de Pierre Sébileau et Fernand Lemaitre (4), sur *l'état actuel de la broncho-œsophagoscopie*, ainsi qu'à la note de Francis Munch (5).

Kirstein et Guisez préfèrent employer l'*éclairage frontal* ; Kasper et Brünnings ont adopté l'*éclairage orificiel* par le moyen d'un photophore fixé sur le manche de l'appareil ; Einhorn (de New-York), Francis Munch et Cauzard utilisèrent l'*éclairage terminal*.

L'instrumentation la plus perfectionnée serait, suivant Sébileau et Lemaitre. celle de Brünnings.

Vu à l'œsophagoscope, l'œsophage normal, au niveau de son orifice supérieur ou bouche (Killian), se présente sous forme d'une fente transversale ; dans sa partie moyenne, il offre l'aspect d'une cavité à parois écartées, flottantes : au niveau du cardia, il affecte la forme d'un entonnoir plissé, d'un véritable sphincter.

Je ne vous décrirai pas les différents aspects de l'image œsophagoscopique au cas de corps étranger, de compressions externes, de sténoses congénitales ou cicatricielles, pour ne vous parler que des constatations faites au cas de cancer de l'œsophage, ou de spasme du conduit.

*Au cas de spasme*, la bouche de l'œsophage se transforme en un orifice circulaire entouré d'un bourrelet en saillie rappelant tout à fait le museau de tanche ; le cardia offre un aspect étoilé, avec des plis profonds convergeant vers un orifice punctiforme. La partie moyenne de l'œsophage en état de spasme, se présente sous la forme d'une rosette. Dans tous ces cas, le tube œsophagoscopique est arrêté au niveau de l'obstacle. Au niveau de ce rétrécissement spasmodique, la muqueuse conserve sa coloration normale, ne présente aucune rougeur, et demeure souple. De plus, si au moyen du porte-coton ou d'un pulvérisateur spécial, on anesthésie à la cocaïne la région rétrécie, *le spasme cède rapidement à la cocaïne*, et l'on peut enfoncer plus avant le tube œsophagoscopique.

(1) GUISEZ. — Des spasmes à forme grave de l'œsophage, et principalement du cardiopasme ; diagnostic et traitement rationnel par l'œsophagoscopie (*Bull. de la Société méd. des Hôpitaux*, 1908, p. 407).
— De la cure des retrécissements cicatriciels à forme grave par l'œsophagoscopie (*Revue de Chirurgie*, 1908, p. 296).
— Du diagnostic par l'œsophagoscopie des sténoses et en particulier du cancer de l'œsophage (*Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, juin 1908).

(2) CAUZARD. — Quelques cas d'œsophagoscopie (méthode de Mikulicz et von Harker) (*Revue hebdom. de laryngologie, otologie et rhinologie*, 10 octobre 1908).

(3) GUISEZ. — *Presse médicale*, 1909, p. 97.

(4) *Presse médicale*, 1910, n° 5, p. 33.

(5) *Presse médicale*, 1909, p. 241.

*Dans le cas de cancer*, le tube pénètre d'abord dans une poche élargie (poche de rétrodilatation) qu'il faut débarrasser des détritus qu'elle contient. Le nettoyage opéré, on peut apercevoir soit un soulèvement en masse de la muqueuse, la paroi est comme figée, infiltrée, rouge, lisse : c'est la *forme interstitielle* profonde du cancer (Guisez), ou bien on trouve une *ulcération* plus ou moins large, saignante, irrégulière, bourgeonnante, sanieuse : c'est la *forme ulcéreuse* (Guisez) ; ou bien la lumière du tube est obstruée par des bourgeons épithéliomateux exubérants, plus ou moins pédiculés ; *forme polypeuse* (Guisez).

Tout autour de ces lésions, la paroi a perdu sa souplesse ; elle est indurée, immobile, inextensible.

Chez notre malade, j'ai donc pensé à recourir à l'œsophagoscopie. L'an dernier, cette méthode nous a permis de porter plusieurs diagnostics intéressants. C'est ainsi que, chez un vieillard de 69 ans, qui paraissait atteint cliniquement de cancer de l'œsophage, l'œsophagoscopie, pratiquée par le docteur Henri Aboulker, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital de Mustapha, montra l'existence d'un spasme œsophagien symptomatique d'un cancer gastrique.

Cette observation a été l'objet d'une communication à la *Société de Médecine d'Alger* (1).

J'ai donc de nouveau recouru à l'obligeance de M. H. Aboulker, qui a pratiqué l'œsophagoscopie le 1er février et nous a adressé la note suivante :

Le porte-coton, chargé de cocaïne, pénètre jusque dans l'estomac. Le gros tube œsophagoscopique du diamètre de 13 millimètres pénètre jusqu'à 28 centimètres de l'arcade dentaire supérieure ; mais il est arrêté par une masse saignante que la cocaïne ne fait pas disparaître. Il ne s'agit donc pas d'un spasme, mais d'une tumeur développée *dans la lumière* de l'œsophage. Cette tumeur ne montre pas de battements.

Un fragment de cette masse demeura adhérent au tube, et fut retiré avec celui-ci. Examiné histologiquement par mon collègue M. Weber, ce fragment montra la structure typique d'un *épithélioma pavimenteux à globes épidermiques*, ce qui est la constitution ordinaire des cancers œsophagiens.

Comme vous le voyez, cette exploration d'une précision incomparable, a levé toutes les hésitations. Il ne pouvait être question ni de rétrécissement cicatriciel, ni de spasme, ni de compression externe par un anévrysme, comme aurait pu le faire croire le double souffle aortique constaté. Hariot et Parmentier ont publié une observation où il y avait coexistence d'un cancer œsophagien et d'une aortique chronique. Il s'agit là, croyons-nous, d'une simple coïncidence.

C'est donc au diagnostic de cancer de l'œsophage (forme ulcéreuse) qu'il a fallu s'arrêter, preuves en main.

Les anamnestiques nous avaient déjà fourni des éléments importants pour aboutir au même résultat : à savoir l'ablation de la tumeur ovarienne, et l'existence de melæna, indiquant la présence d'une ulcération dans un point du tractus digestif.

Je ne pense pas que le néoplasme œsophagien ait été secondaire à la néoplasie génitale ; c'est plutôt l'inverse qui a dû se produire, malgré le peu de tendance à la généralisation à distance du cancer de l'œsophage. La structure typique de la tumeur indique bien d'ailleurs qu'il s'agit d'un néoplasme primitif. Au moment où se déclarèrent les symptômes de la localisation ovarienne, la tumeur œsophagienne devait exister

(1) L. ARDIN-DELTEIL. — Spasme de l'œsophage symptomatique d'un cancer gastrique (Société de méd. d'Alger, séance du 21 avril 1909, *Bull. méd. de l'Alg.*, p. 443).

déjà, mais encore sous-muqueuse, infiltrée, profonde, et ne donnait naissance à aucun signe local appréciable.

Quant au *siège du néoplasme*, il est déterminé très exactement par le degré de pénétration du tube œsophagoscopique. C'est à 28 centimètres de l'arcade dentaire supérieure, ou à 13 centimètres de la bouche de l'œsophage que commence la tumeur. Elle est donc située dans la partie moyenne de l'œsophage.

Ce diagnostic vous exprime suffisamment ce que peut être le *pronostic* de l'affection dont souffre notre malade. Il est fatal, à brève échéance, et pour cette pauvre femme la survie ne dépassera pas quelques mois.

Le siège même de la tumeur rend celle-ci inabordable, à moins d'une intervention palliative ; cette malade est donc vouée à une *cachexie progressive* augmentée par l'inanition, à moins que ne survienne quelque *complication* telle que l'éclosion d'une *tuberculose* plus ou moins rapide, ou d'une pneumonie (la Schluk-pneumonie des Allemands), ou encore une *hémorragie* par ulcération des vaisseaux voisins ; de même des abcès péri-œsophagiens, la perforation de la trachée, des bronches, des plèvres, du poumon ou du péricarde, sont des accidents possibles et avec lesquels il faut compter.

Quelle conduite tenir ? J'ai mis la malade à une alimentation liquide ; on lui administre, chaque jour, plusieurs lavements nutritifs composés de lait ou de bouillon, d'un jaune d'œuf et de peptone. La sonde à demeure proposée par certains n'est pas un procédé recommandable. J'ai songé à pratiquer quelques injections souscutanées d'hypochlorite de chaux, mais la pharmacie de l'hôpital n'a pu nous livrer un produit assez sûr, et j'ai dû abandonner cette idée.

Il est inutile de songer à la radiothérapie, la tumeur est inaccessible aux rayons les plus pénétrants. Il serait permis d'espérer, étant donnés les résultats remarquables obtenus par l'emploi du radium pour les cancers cutanés, qu'en faisant pénétrer jusqu'à la lésion un petit tube chargé d'un sel de radium, on pourrait obtenir une amélioration notable. Mais nos ressources ne nous permettent pas cette tentative.

Il ne reste donc qu'une issue, c'est l'intervention chirurgicale, sous forme de *gastrostomie*. Il faudrait y recourir le plus tôt possible, avant que la malade soit trop affaiblie. Mais jusqu'à présent, celle-ci s'y est refusée.

---

# REVUE D'UROLOGIE

**Rétention urétéro rénale par rétrécissement cicatriciel du méat urétéral. Crises néphrétiques. Néphro-urétérectomie. Guérison,** par le Dr Escat (*Marseille médical*).

Je vous présente un rein tuberculeux, avec 25 centimètres d'uretère. J'ai enlevé ces pièces, le 3 janvier, à un malade de mon service. Cet homme, âgé de 35 ans, m'a été adressé en octobre dernier pour une pyurie légère. Il me raconte qu'il a eu, il y a sept ou huit ans, une fièvre muqueuse pendant près de quatre mois, fièvre continue sans diarrhée. Il s'agit probablement d'une typho-bacillose. Un an après, survint une crise néphrétique gauche avec douleur testiculaire, vomissements, urines troubles, douleur vésicale terminale. A plusieurs reprises, ces douleurs rénales ont reparu, le malade a maigri de 8 kilogr. Il a été soumis pour son albuminurie à un régime très sévère et même au régime lacté. Il a cependant de l'appétit.

L'exploration des reins est négative : ni tumeur rénale, ni point douloureux urétéral ; l'urètre, la prostate, les vésicules paraissent en bon état.

Les urines sont légèrement troubles, l'analyse chimique est bonne, mais il y a du pus et 32 centigrammes d'albumine, la recherche du bacille de Koch est positive. La radiographie est négative.

Au cystoscope, je constate que le méat urétéral gauche est cicatriciel, une grosse mèche de pus est engagée dans l'orifice, la sonde urétérale 7 à bout olivaire ne peut pénétrer ; le méat urétéral droit est normal, mais il y a çà et là des granulations tuberculeuses très nettes.

Ce méat urétéral gauche me fait craindre un abcès péri-vésical ouvert dans la vessie, j'ai déjà vu le cas. Mais la succession des crises rénales gauches me paraît suffisante pour porter le diagnostic de tuberculose rénale à forme néphrétique. J'opère le malade le 3 janvier ; je trouve le rein caséeux, adhérant fortement sur la ligne pédiculaire, le bassinet et l'uretère sont distendus sur toute la longueur, ils ont l'aspect bleuté d'un petit intestin. J'enlève 25 centimètres du conduit aussi près que possible de la vessie où siège le rétrécissement tuberculeux. Après ligature, section, au thermo, du conduit et du hile rénal. Je draine largement, comme je le fais après toute ablation de foyer tuberculeux.

Le soir, le malade a 37°2 ; il a uriné près d'un litre, urines limpides ; pouls, état général bons. Le lendemain, la température monte à 39°6 ; il y a une légère dyspnée, le ventre est indolent, souple ; les gaz circulent. Les jours suivants, foyer de broncho-pneumonie à la base droite, avec souffle amphorique, râles crépitants et frottements, les vibrations sont conservées. Je craignais une localisation tuberculeuse aiguë et je fis toutes réserves sur l'évolution du foyer, les crachats restaient muco-purulents, l'examen bactériologique n'a pas encore été fait. Le malade s'était légèrement enrhumé l'avant-veille de l'opération. Comme la courbe le montre, ce foyer a évolué en neuf à dix jours ; le dixième jour, la fièvre tombait à 37°5 pendant que le souffle disparaissait et que les râles de retour faisaient leur apparition.

Tout en faisant les réserves que comporte le terrain, j'espère qu'il s'agit simplement d'un foyer pneumococcique et non d'une pneumonie caséeuse ; le malade a maintenant de l'appétit et s'alimente très bien. Il a eu deux élévations de température après l'enlèvement des deux drains. Ce matin, il a 37°2.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue, comme tuberculose rénale à début insidieux. La pseudo-typhoïde du début, les crises néphrétiques typiques dues à l'oblitération partielle du méat urétéral par un foyer tuberculeux de l'uretère intra-vésical ont pu égarer le diagnostic des premières observations. La pyurie très légère et l'albuminurie ont fait mettre ce malade au régime lacté. Le caractère primitif de la pyurie, l'albuminurie, la présence du bacille de Koch dans les urines, la radiographie négative, enfin la cystoscopie m'ont permis de faire le diagnostic de la nature et du siège de la lésion. J'ai pu opérer ce malade. Cette intervention ne sera-t-elle pas trop tardive au point de vue des suites éloignées ? L'autre rein me paraît très bon, c'est surtout pour les poumons que l'avenir est douteux.

Je ne saurais trop répéter, à cette occasion, combien les médecins devraient se méfier des albuminuries avec pyurie légère, le régime lacté est désastreux chez ces malades et l'erreur de diagnostic mortelle. Chez mon malade, avant l'opération, j'ai institué la suralimentation, et en deux mois le malade a gagné 8 kilogr. Je l'ai opéré ainsi en meilleure condition.

**Technique d'examen des éléments organisés de l'urine,** par le Dr R. Brandeis (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

Il est vraiment curieux de constater l'insuffisance notoire des techniques histologiques appliquées à l'examen des sédiments organisés des urines.

Alors que les soins les plus minutieux sont réservés à la confection, à la fixation et à la coloration des divers frottis pathologiques (sang, liquides de ponctions, exsudats, etc.), le plus grand laisser-aller règne en ce qui se rapporte à l'examen cystologique urinaire. Il semblerait que, produit d'excrétion banale, l'urine ne mérite pas l'attention rigoureuse qui préside à l'étude des autres liquides de l'organisme. Et cependant tous sont persuadés des renseignements utiles que peut fournir un examen bien conduit.

La technique la plus en usage et que nous avons souvent vu employer, malgré son insuffisance, consiste à porter sur une lame de verre porte-objet une petite quantité du sédiment spontanément déposé, à recouvrir d'une lamelle et à examiner au microscope la préparation ainsi obtenue.

Ce *modus faciendi* est d'une utilité incontestable pour la diagnose des éléments amorphes ou cristallins d'origine organique ou minérale. On sait, en effet, que certains sédiments inorganisés peuvent être caractérisés par le seul aspect de leurs éléments constituants (acide urique, sulfate de chaux, tyrosine, etc.), mais que d'autres, pour être exactement connus, doivent, en outre, des indications morphologiques fournies par l'examen microscopique, manifester leur indifférence ou leur solubilité avec ou sans effervescence au contact des acides (urate de soude, carbonates, phosphate tricalcique). L'introduction par capillarité entre lame et lamelle d'une goutte d'acide permettra d'observer sous le microscope la façon dont se comportent vis-à-vis du réactif les éléments examinés.

Cet examen à l'état frais, sans fixation préalable, est donc à conserver pour l'étude des éléments inorganisés de l'urine ; mais, à notre avis, il ne saurait être de mise pour les éléments histologiques ou pour les substances d'origine protéique, essentiellement fragiles et vulnérables. Il importe de garder à ces éléments divers leurs formes et leurs rapports : il faut les fixer pour les mieux colorer et apprécier avec plus de sûreté leurs détails de structure.

Voici, nous inspirant de techniques histologiques diverses dont nous avons conservé ce que l'expérience nous a démontré profitable, la technique définitive que nous avons adoptée, et que nous employons depuis assez longtemps et qui nous donne toute satisfaction.

L'urine doit toujours être examinée aussi rapidement que possible après son émission. Cette recommandation est de toute importance, dans les cas de pyurie, où les éléments figurés sont soumis à des altérations rapides liées à la fermentation ammoniacale.

L'urine sera centrifugée; le sédiment une fois obtenu, on retourne les tubes du centrifugeur et on élimine ainsi le liquide qui surmontait le précipité.

On remplace alors ce liquide par une solution isotonique de chlorure de sodium et on agite les tubes en les roulant entre les paumes des mains, de façon à mettre en liberté dans le liquide chloruré le sédiment appliqué au fond des tubes par la centrifugation. Les éléments ainsi mis en contact intime avec la solution isotonique sont imbibés par le chlorure de sodium, en quelque sorte rafraîchis. Après quelques minutes de contact (cinq environ), on centrifuge encore pour obtenir un nouveau culot de sédimentation. On égoutte très soigneusement cette fois et on laisse tomber sur le culot du fond des tubes II gouttes de liquide de Flemming (1). On roule de nouveau les tubes entre les mains pour que tous les éléments disséminés dans le liquide fixateur en soient bien imprégnés et on laisse la fixation s'effectuer pendant cinq minutes.

---

(1) Nous en rappelons la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Solution aqueuse à 1/100 d'acide chromique. | 15 | centicubes. |
| — 2/100 — osmique.. | 4 | — |
| Acide acétique cristallisable.............. | 1 | — |

Une nouvelle centrifugation rapide est opérée ; on égoutte, moins soigneusement que précédemment, pour qu'une faible quantité de liquide de Flemming, retombant sur le culot quand on retournera le tube, l'humecte et lui donne une légère fluidité. On prélève alors avec une pipette effilée, du genre des pipettes bactériologiques, un peu du culot qu'on dépose sur une lame de verre rigoureusement propre et bien débarrassée de matières grasses qui empêcheraient l'étalement. On laisse sécher à l'air libre ou plus rapidement à l'étuve à 37° : La préparation est fixée. On immerge alors la préparation dans un cristallisoir plein d'eau pour solubiliser les cristaux qui auraient pu s'y former par dessiccation ; la teinte jaune due à l'acide chromique disparaît.

Les procédés usuels de coloration sont tous applicables sur les préparations ainsi fixées. Pour notre part, nous nous contentons de la coloration classique à l'hématéine alunée, suivie, après virage à l'eau d'une coloration de fond par un colorant diffus (éosine ou éosine-orange G). Après lavage, une goutte d'eau est déposée sur la tache teintée qui indique le siège des éléments colorés et recouverte d'une lamelle.

L'examen d'ensemble est pratiqué sur la préparation ainsi montée dans l'eau au moyen de l'objectif IV. Les points particuliers dignes de remarque seront étudiés à l'objectif à sec VII ou VIII.

Si la préparation vaut la peine d'être conservée, on fait glisser la lamelle qui recouvrait le frottis, on laisse évaporer soigneusement l'eau et on monte, après dessiccation rigoureuse, dans le baume.

Ce procédé, que nous recommandons vivement, donne d'excellents résultats pour la diagnose des éléments organisés de l'urine. Il permet d'apprécier avec une certitude très grande les formes cellulaires diverses de l'arbre génito-urinaire : leucocytes, hématies, œufs de parasites, etc., apparaissent très nettement à l'examen ; les diverses variétés de cylindres sont très facilement reconnaissables. L'action élective de l'acide osmique contenu dans le fixateur décèle avec précision les granulations graisseuses que les cylindres peuvent présenter.

Malgré son apparente complication, cette technique est assez rapide, beaucoup moins longue, lorsqu'on la possède bien, que ne semble l'indiquer l'exposé minutieux que nous en avons fait. Elle donne entière satisfaction pour la diagnose sûre et facile des divers éléments organisés que peuvent présenter les sédiments urinaires.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Le traitement moderne des anévrysmes poplités,** par Quénu et Muret (*Revue de Chirurgie*).

1re *Méthode.* — On s'attache à favoriser la formation de caillots dans le sac (acupuncture ; ignipuncture ; injections de substances coagulantes ; ligatures de l'artère au-dessus du sac ; compressions indirectes au niveau de la fémorale ou par des flexions diverses ; compression directe, élastique, de l'anévrysme ou méthode de Walter Reid). Elle a encore quelques partisans.

2e *Méthode.* — On extirpe le sac. Méthode préconisée par Delbet depuis 1888, adoptée par la plupart des chirurgiens d'Europe.

3e *Méthode.* — Méthode de Matas et des chirurgiens américains. On ouvre directement le sac ; puis, par l'intérieur du sac, on oblitère les artères qui y débouchent, et le sac lui-même. C'est l'*anévrysmorraphie oblitérative.* Trente-trois cas, deux cas de gangrène, une mort par tétanos, trente succès). Quand l'anévrysme est fusiforme, la méthode n'a pas de supériorité sur celle de l'extirpation, au point de vue de la circulation dans le membre, puisque toutes deux aboutissent à la suppression d'un segment de poplitée. Quand l'anévrysme est sacciforme, la méthode devient idéale, car la suture de l'orifice unique et l'effacement de la cavité du sac par des plans de suture conservent la perméabilité artérielle et ne compromettent pas la circulation du membre ; c'est l'*anévrysmorraphie restaurative* (neuf cas, neuf guérisons). Enfin, pour le cas où la circulation collatérale ne se maintient pas quand on comprime le tronc principal (pour le savoir, mettre à nu la pédieuse), Matas a imaginé l'*anévrysmorraphie reconstructive*, qui garde un canal perméable fabriqué aux dépens de la poche anévrysmale et calibré à l'aide de deux sondes (quatorze cas, résultats inconstants).

Enfin, trois méthodes, encore à l'étude, cherchent à rétablir la continuité entre les deux bouts de l'artère poplitée : 1° en rapprochant et en suturant les deux bouts de l'artère après résection du sac ; 2° et 3° en interposant entre eux un tronçon de vaisseau artériel ou veineux emprunté au malade lui-même ou à un autre malade. La suture des bouts artériels entre eux a été pratiquée trois fois pour anévrysmes artério-veineux avec résultats encourageants et une fois pour anévrysme avec guérison. La greffe artério-artérielle a été tentée une fois et n'a pu être menée à bien (Delbet). La greffe artério-veineuse, anastomosant, après résection du sac, l'artère et la veine poplitées (méthode de Goyannès), semble une méthode d'avenir.

**Technique de la colopexie pour prolapsus du rectum,** par les Drs E. Quénu et Pierre Duval (*Revue de chirurgie*).

La colopexie, dans le traitement du prolapsus rectal, a de nombreux partisans. Cependant, dans la statistique générale des résultats éloignés de toutes les thérapeutiques chirurgicales du prolapsus rectal que Lenormant a dressée, la colopexie occupe un des plus mauvais rangs... Cette médiocrité résulte de la mauvaise application pratique d'une bonne conception théorique.

Le prolapsus rectal tient, soit à une malformation congénitale consistant en une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas et en une longueur exagérée du côlon pelvien (facteur abdominal du prolapsus rectal), soit à une malformation acquise, la faiblesse du plancher périnéal, des releveurs de l'anus en particulier (facteur périnéal du pr. r.).

Le défaut essentiel des différentes méthodes de colopexie s'attaquant au facteur abdominal du pr. r., c'est de rattacher à un point quelconque de la paroi abdominale une anse colique longue, flottante, « et sur la surface antérieure de laquelle, dans le fond de Douglas, se répercute à tous moment la poussée abdominale ».

La technique de MM. Quenu et Duval a pour but de « rétablir le côlon pelvien dans son type adulte normal : anse courte massée dans la moitié gauche du bassin avec un cul-de-sac de Douglas peu profond. » — « Fermeture du cul-de-sac de Douglas, jusqu'au dôme vaginal chez la femme, jusqu'au bord supérieur de la prostate chez l'homme ; application de l'anse pelvienne aux organes pelviens en ligne directe jusqu'au détroit supérieur ; là, fixation du méso-côlon et du côlon lui-même au tendon du petit psoas, plan très résistant, puis, plus avant dans la fosse iliaque, avec suture pariétale de l'anse colique trop longue : tels sont les temps essentiels de cette colopexie rationnelle... »

Pour les prolapsus d'origine abdominale, congénitale, la colopexie est l'intervention rationnelle. — Pour les prolapsus d'origine périnéale (obstétricaux, pédérastie), la réfection du périnée, la suture des releveurs combinée avec la recto-syndesmopexie est l'opération logique et suffisante. — Quand le facteur abdominal et le facteur périnéal sont associés pour produire le prolapsus, l'intervention comprendra la colopexie et les opérations périnéales.

**Luxation récidivante de l'épaule,** par le Dr Bexet (*Revue méd. de l'Est*).

La luxation récidivante peut succéder à des *traumatismes* ; par exemple, quand il y a eu large déchirure capsulaire, fracture du rebord glénoïdien. Elle peut être la conséquence de *lésions inflammatoires* (arthrites aiguës scapulo-humérales). Elle peut être liée à une *malformation congénitale* de l'articulation.

Dans ces cas de congénitalité, la réduction est facile, mais la luxation se reproduit aussitôt.

Le nombre des récidives peut être très élevé : au-dessus de 100 chez l'élève de Dupuytren, 72 chez le malade de Le Fort, au-dessus de 80 chez l'épileptique de Ch. Nélaton.

*Traitements actuels :* « ... Les résections et les arthrodèses doivent céder le pas aux arthroplasties, moins vulnérantes et permettant l'intégrité ultérieure des fonctions du membre ». La capsulorraphie a été pratiquée par de nombreux chirurgiens. « Le procédé le plus simple consiste dans le froncement de la capsule par une série de surjets ou de points séparés. »

**Abcès périnéal, rétrécissement du rectum.**

Le Dr Hartmann a fait un rapport, à la Société de Chirurgie, sur une observation du Dr Abadie (de Rouen), concernant une femme de trente-neuf ans qui, à vingt et un ans, fit une chute sur le coccyx et eut un premier abcès périnéal. Depuis cette époque, cette femme eut une série d'abcès à la même région. En même temps, elle présentait des symptômes de rétrécissement du rectum. Au toucher on sentait une bande cicatricielle entre le vagin et le rectum se terminant par deux fistules. L'ampoule était libre. Un an après, cette malade eut un abcès de la fesse gauche. M. Abadie, après une rachistovaïnisation, examina cette malade et trouva, au-dessus de l'ampoule, un trajet tortueux qui se prolongeait. Dans une première intervention, il fit un anus iliaque, puis il procéda à des lavages antiseptiques répétés du bout inférieur, et un mois après, il fit une résection sacrée, enleva la partie inférieure du sacrum avec le tissu scléreux qui l'enveloppait, réséqua le rectum, et attira le côlon descendant pour le fixer à la peau. Il fit le drainage. Il y eut un peu de sphacèle. Cependant six semaines après, M. Abadie put faire la cure de l'anus contre nature. La malade guérit et possède un anus contractile. Elle perd très peu ses matières et il y a lieu d'espérer qu'elle ne les perdra plus du tout après un certain temps.

M. le Dr Hartmann approuve complètement la conduite tenue, dans ce cas, par le Dr Abadie.

**Greffes chirurgicales chez l'homme.**

M. le Dr Tuffier a rapporté à la Société de Chirurgie quelques cas de greffes chirurgicales chez l'homme, de transplantation de tissus ou d'organes. Dans deux cas, il a tenté une transplantation de tissu d'animal à l'homme. Il n'a pas réussi. Dans un cas d'énorme brûlure du thorax il a transplanté, en un point, de la peau de poulet ; en un autre point de la peau de grenouille, et en un troisième point de la peau humaine. Pendant une dizaine de jours tout semblait prendre à merveille. Mais après ce temps, sauf la greffe de peau humaine, les autres greffes échouèrent. Chez un myxœdémateux, il fit une greffe de portion de thyroïde de chien dans sa thyroïde atrophiée. Pendant deux mois on espéra un résultat, mais ce fut, par la suite, un échec complet.

Dans un cas, l'auteur refit, par la greffe, un canal de l'urètre. Il y eut une fistule au point de jonction du canal ancien et du canal nouveau.

Chez une femme qui avait une imperforation du vagin avec une obstruction du col, par laparatomie et ouverture de l'utérus il pratiqua un tunnel ouvrant le col et refit le vagin avec la greffe de la peau de la cuisse : le résultat fut satisfaisant.

Un bon résultat fut obtenu également avec une greffe ostéo-articulaire dans un cas de résection de l'épaule.

Dans deux cas de résection du coude pour traumatisme, M. Tuffier greffa une membrane cartilagineuse sur l'humérus avec bon résultat. Il croit que les greffes cartilagineuses, dans les résections, peuvent donner de bons résultats. Il a aussi greffé du tissu cellulaire pour combler une perte de substance de la partie supérieure du tibia. Cette greffe a bien pris.

Pour ce qui est des greffes intra-abdominales de tissu ovarien, il n'y a pas de résultats concluants. Il n'en est pas de même des greffes ovariennes sous-cutanées. On constate, dans ces cas, des poussées congestives irrégulières, mais très nettes et durant quatre à cinq jours. Il y a une augmentation de volume notable, des phénomènes de congestion appréciable. Cela prouve que la greffe ovarienne n'est pas indifférente. Il faut pour ces greffes de grandes précautions d'asepsie.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Séro-réaction de Wassermann pour le diagnostic de la syphilis**, par MM. Ch. Garin et Ch. Laurent, internes des Hôpitaux (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*).

La séro-réaction de Wassermann est extrêmement facile à lire, puisqu'il s'agit de phénomènes d'hémolyse que tout le monde peut facilement constater. Cette hémolyse est en relation avec la fixation du complément. Une série de tubes hémolysés vous montre une réaction négative, une série sans hémolyse, une réaction positive. La technique, assez minutieuse et surtout assez longue a sans doute été l'explication de son apparition relativement tardive à Lyon, puisque nous sommes, croyons-nous, les premiers à vous présenter cette séro-réaction dont le principe est basé sur le principe général de la réaction de Bordet et Gengou. En ce qui concerne les détails de notre technique nous ne les exposerons pas et nous renverrons simplement à l'exposé de M. Levaditi que nous avons suivi point par point. (*Arch. de Dermat.*, avril 1909).

C'est à la technique première de Wassermann que nous avons donné la préférence sans nous attacher aux diverses modifications qui ont été employées par les auteurs. Nous avons préparé notre ambocepteur hémolytique en injectant à des lapins une dose de 20 cmc. de globules rouges de mouton, en deux ou trois injections répétées à un intervalle de huit jours. Ces injections, après un lavage sérieux des globules, se sont faites sans aucun incident et nous avons obtenu ainsi un excellent système hémolytique à 1 pour 30. Pour éviter les ennuis de nous procurer du sang de mouton, nous avons tout d'abord employé les globules rouges de chat, nous n'avons pu obtenir ainsi un système suffisamment hémolytique, et nous sommes revenus aux globules de mouton. Comme antigène, malgré les simplifications proposées, nous employons la poudre de foie d'hérédo-syphilitique desséchée dans le vide, obligeamment mise à notre disposition par M. le Dr Favre et macérée pendant quelques heures dans le sérum isotonique à la dose de 1 gr. pour 30 cmc. Nous avons laissé de côté le remplacement proposé de cet antigène par la lécithine, le cœur de cobaye. Enfin comme complément nous employons le sérum de cobaye frais.

Ainsi munis en opérant en un milieu strictement isotonique (9 pour 1000), nous pouvons pratiquer sans cause d'erreur la réaction de Wassermann. Au cours de l'opération des tubes témoins contrôlent du reste les diverses substances employées dans la réaction.

Notre but aujourd'hui n'est pas de faire la critique de la méthode, nous n'avons pas assez de documents pour cela, car c'est à peine si nous avons réalisé une quarantaine de réactions.

Nous avons trouvé jusqu'ici les résultats suivants :

Dans les *aortites*, 4 cas de Wass. + sur 6.

Dans la Σ *tertiaire*, 3 cas de Wass. + sur 3 cas.

Dans le *tabes*, 3 cas de Wass. + sur 5, ce qui paraît singulier si l'on admet la pathogénie exclusivement spécifique du tabes.

*Hérédo-syphilis* tardive, 1 cas Wass. +.

Pour les 21 autres malades étudiés, dont les uns étaient sûrement spécifiques, et les autres sûrement non spécifiques, nous avons vu que dans certains cas des syphilis avérées pouvaient donner un Wassermann négatif, mais cela dans une proportion très faible. Un résultat négatif de la séro-réaction n'a donc pas de valeur certaine. Par contre, nous n'avons jamais vu le séro-diagnostic positif dans un cas de non-syphilis certain. Les résultats positifs sont donc seuls affirmatifs.

Ces faits ont d'ailleurs été déjà reconnus par tous les auteurs, jusqu'à présent. Ils sont à rapprocher des résultats obtenus dans les autres méthodes de séro-diagnostic pour la tuberculose ou la fièvre typhoïde en particulier.

Nous pensons que les chefs de service des hôpitaux voudront bien nous envoyer avec quelques renseignements cliniques 10 cmc. de sang recueilli aseptiquement par ponction veineuse des malades chez qui la réaction pourrait présenter quelque intérêt. En centralisant ces résultats nous pourrons ainsi étudier la valeur de la méthode et nous présenterons nos résultats.

**Action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les bactéries examinées à l'ultra-miscroscope**, par MM. Bornier et R. Horand. (*Soc. Médicale des Hôp. de Lyon.*)

L'action des diverses radiations a été étudiée depuis longtemps et par de nombreux expérimentateurs sur les micro-organismes ; mais les résultats ont été souvent contradictoires. Cela tient à plusieurs causes : les auteurs ont omis la plupart du temps de préciser la quantité d'énergie radiante absorbée par le milieu où se trouvaient les bactéries, la qualité des radiations employées, l'opacité du milieu et des parois du vase, etc.

En outre, jusqu'à présent, cette étude avait été faite au moyen de cultures sur différents milieux et avec une seule espèce de micro-organisme pour chaque irradiation.

Ce qui distingue nos expériences de celles de nos devanciers, c'est que nous avons pu, grâce à l'ultra-microscope, faire porter l'action des radiations sur plusieurs espèces de bactéries retirées au moment même de l'expérience des humeurs où elles vivaient : c'est là un grand avantage, car les conditions biologiques des micro-organismes se trouvent alors être les mêmes qu'*in vivo*.

Quand on place entre lame et lamelle une goutte d'un liquide, d'une humeur renfermant des bactéries, et qu'on l'examine à l'ultra-microscope, on voit très nettement se détacher sur un fond peu éclairé ces micro-organismes qui apparaissent animés de mouvements très curieux à suivre ; les bacilles et les spirilles en particulier, ont des mouvements rapides de translation qu'ils conservent tant qu'ils sont vivants ; mais tout mouvement s'arrête si une cause quelconque vient frapper de mort ces infiniment petits ; bactéries ; dans ce cas, on les voit encore à l'ultra-microscope, immobiles comme de véritables cadavres de bactéries.

C'est cette différence très nette qui nous a servi de critérium dans l'étude de l'action des radiations.

Nos expériences ont été faites au laboratoire de la Clinique chirurgicale du professeur Jaboulay. Une première expérience faite avec seulement les rayons ultra-violets de la lampe de Kromayer a porté sur l'urine du brochet renfermant le para-coli communi et des spores de myxidium Lieberkuni. Une irradiation de la préparation a été faite au contact de la lame de quartz, très froide, pendant deux minutes et demie.

Rapportée sur la platine de l'ultra-microscope, cette préparation a montré que tout mouvement de para-coli avait cessé.

Nous avons essayé alors de faire agir comparativement les rayons ultra-violets et les rayons X sur les bactéries d'une même humeur, la sérosité de cancers ulcérés du maxillaire inférieur et du rectum.

1. Sérosité de cancer du maxillaire. — Un peu de cette sérosité a été placée sur deux lames, puis recouverte d'une lamelle fixée à la paraffine. L'examen à l'ultra-microscope a permis de constater dans chacune des préparations la présence des espèces suivantes (1) :

Spirochète refringens.
Spirochète de Kielameneglou et Von Cube.
Un petit bacille indéterminé, excessivement mobile et possédant des cils vibratiles.
Streptocoque.
Staphylocoque.

L'une des préparations a été soumise à l'action des rayons ultra-violets de la lampe de Kromayer pendant trois minutes : le dosage de la quantité de rayons au moyen du chromo-actinomètre de l'un de nous a montré qu'il y avait eu douze unités de quantité ayant agi à travers la lamelle : le pouvoir absorbant de cette lamelle, mesuré par la même méthode, a été trouvé égal à 10 0/0 de la quantité incidente. En retranchant 1,2 de 12, on trouve 10,8 unités qui représente la quantité d'énergie ultra-violette ayant traversé le liquide interposé.

L'autre préparation a été soumise aux rayons X d'une ampoule à anticathode refroidie émettant des rayons de numéro 9 à 10 Benoist : la quantité ayant agi sur les micro-organismes contenus dans le liquide de la préparation a été mesurée au moyen du chromo-radiomètre de l'un de nous avec la pastille au plantino-cyanure de baryum. Cette quantité, correspondant au virage a une teinte comprise entre II et III, peut être évaluée à 7,5 unités I (10,5 H.). Quant au pouvoir absorbant de la lamelle pour les rayons X, il est trop faible pour en tenir compte pratiquement.

Ces deux préparations ont été ensuite examinées à l'ultra-microscope : tous les mouvements des bactéries irradiées par les rayons ultra-violets étaient arrêtés : on ne voyait plus que les cadavres des bactéries naguère si vivantes, si remuantes dans le liquide.

Au contraire, la préparation soumise aux rayons X laissait voir la même agitation des bactéries et avait le même aspect qu'avant l'irradiation.

II. Cancer du rectum. — Trois préparations ont été faites avec la sérosité de ce cancer diluée dans un peu de sérum artificiel.

Dans chacune de ces trois préparations, l'ultra-microscope a montré les espèces :

Coli-bacille.
Entérocoque.

La dose de rayons ultra-violets a été augmentée, l'une des préparations a reçu 14 unités, dont il faut retrancher 1,4 pour la lamelle, soit 12,6 unités pour la quantité absorbée par

(1) Ces différentes espèces de spirochètes se distinguent à l'ultra-microscope par leurs dimensions et leur genre de locomotion, mouvements en spirales et mouvements rectilignes.

les micro-organismes. Après cette irradiation, tout mouvement avait cessé dans cette préparation ; les coli-bacilles qui ressemblent à de petites chenilles à corps noir avec du duvet jaunâtre tout autour apparaissaient immobiles comme autant de chenilles mortes encombrant le liquide.

La seconde préparation a été soumise à une dose de 10 unités 1 (14 H.), les rayons employés ayant un degré radio-chromométrique 8-9 Benoist.

L'examen ultra-microscopique montra les mêmes mouvements qu'avant l'irradiation et identiques à ceux observés sur la préparation témoin.

Nous pouvons donc conclure de ces expériences que les rayons ultra-violets à la dose de 10 unités de quantité ont une action bactéricide manifeste et constante sur les espèces examinées : il ne faudrait peut-être pas généraliser trop vite, car des essais sur certains bacilles n'ont pas été positifs: tandis que les rayons X, même à doses élevées, n'agissent pas sur les espèces de micro-organismes existant dans les liquides étudiés, celles-ci continuant leur vie comme avant l'irradiation.

Il convient de faire une remarque : dans l'examen à l'ultra-microscope on se sert d'une lampe à arc pour éclairer les objets microscopiques étudiés. Or, cette lumière est riche en rayons ultra-violets, et ceux-ci pourraient à la suite d'un trop long examen être absorbés par les bactéries vivantes de la préparation qui subiraient le sort de celles de nos expériences, c'est-à-dire la mort.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité de la Goutte**, par E. LANCEREAUX, ancien président de l'Académie de médecine de Paris, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. (Baillière).

Dans ce très remarquable ouvrage, le professeur LANCEREAUX étudie, en détail, l'étiologie, la symptomatologie, la sémiologie et la thérapeutique de la goutte.

La goutte comprend le plus grand nombre des affections chroniques, et, en raison de l'hérédité qu'elle confère, elle compte parmi les maladies les plus fréquentes et les plus répandues; aussi est-il nécessaire d'en connaître, sinon son origine qui nous échappe toujours, du moins toutes ses déterminations morbides.

La goutte est une maladie constitutionnelle, héréditaire et familiale, liée à un désordre du grand sympathique caractérisé par des troubles vaso-moteurs et trophiques.

Les phénomènes qui résultent de ces troubles varient avec la fonction spéciale de chaque organe, d'où la diversité des manifestations de la goutte dont on a fait, à tort, autant d'entités pathologiques distinctes, sous les noms de : *arthrite aiguë* ou *chronique*, *migraine*, *névralgies asthme*, *emphysème*, *dyspepsie*, *hémorroïdes*, etc. Toutefois, si on se donne la peine d'analyser chacune de ces manifestations, on ne tarde pas à y trouver, malgré des allures fort différentes, un cachet spécial, des caractères communs, et une subordination constante à un désordre du système nerveux.

Le Dr Lancereaux nous fait voir la goutte sous un jour quelque peu nouveau : atténuant l'importance des lésions des articulations, il reconnait la goutte en dehors même de toute localisation articulaire; il montre que la goutte peut atteindre tous les organes et que, néanmoins, elle se manifeste par des désordres partout identiques, que ses nombreuses déterminations morbides dépendent d'une modification, généralement innée, du système régulateur des fonctions de circulation locale et de nutrition générale, tellement profonde et invétérée qu'elle fait des goutteux une sorte de race particulière.

**Annuaire des eaux minérales (1910)**, par le Dr Victor GARDETTE. (Maloine).

La nouvelle édition 1910 de l'*Annuaire des Eaux minérales* (52e année) contient : 1° Une étude très complète et très précise sur la *Législation des Eaux minérales* en France, aux Colonies et à l'Etranger. — 2° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au ministère de l'Intérieur, à Paris; — 3° La liste du personnel chargé de ce service; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc.; — 4° La liste des hôpitaux thermaux militaires; — 5° Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique); — 6° La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France; — 7° Quelques indications sommaires sur l'œuvre des Voyages d'études médicales aux Eaux minérales; — 8° La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises; — 9° Le memento de leurs principales indications thérapeutiques; — 10° La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises; — 11° La nomenclature générale des sanatoriums populaires et payants, maisons de cure et de convalescence, dispensaires, colonies de vacances, hôpitaux marins, thermaux, jardins ouvriers, etc; — 12° La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements.

En ce qui concerne l'étranger, l'Annuaire des Eaux minérales passe successivement en revue : *a*) Les stations hydrominérales avec toutes leurs subdivisions; — *b*) Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.)

Enfin, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières ferment ce petit volume.

**Manuel technique du maître-infirmier.** (Lavauzelle).

Le *Manuel technique du maître infirmier*, qui vient de paraître, donne aux infirmiers militaires les indications les plus précieuses sur la manière dont ils doivent comprendre et remplir le rôle très important qui leur incombe comme auxiliaires des médecins militaires.

**L'Enfant et son Médecin.** *Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance de 0 à 15 ans*, par le Dr A. BALL. (Maloine).

Un excellent livre qui rendra de grands services.

A côté des grands traités à consulter chez soi, après la besogne faite, il faut, en effet, des manuels de poche, faisant partie du bagage du médecin; comme sa trousse ou sa seringue, et d'un prix insignifiant.

Ce guide constant qui ne doit pas quitter la poche du praticien, qui doit soutenir sa mémoire défaillante, lui suggérer la notion nouvelle, lui certifier la dose qui l'inquiète et tout cela *sur place*, au moment nécessaire, le Dr A. Ball semble l'avoir réalisé pour les médecins d'enfants. Son petit livre dont le but, dit-il, est *d'être pratique* est un carnet de 300 pages écrites par un homme du métier qui a lui-même éprouvé les difficultés qu'il évitera aux autres.

La première partie : *L'Enfant*, contient d'abord les *Renseignements d'urgence*. Tableaux des médicaments et doses(sur *une* ligne : l'âge d'emploi, la dose par année d'âge, à 1 an, à 10 ans), puis d'autres tableaux de l'alimentation au sein et au biberon, du premier jour au septième mois; du poids et de la taille de 0 à 15 ans, du pouls, de la respiration, des urines... enfin des eaux et stations minérales, avec leurs indications chez les enfants.

Puis viennent les indications thérapeutiques (analgésiques, antispasmodiques, antithermiques); un formulaire avec les modifications du Codex 1908 *à côté de* l'ancien, pour comparaison; un chiffre (de 1 à 4) précède chaque médicament, indiquant sa valeur marchande proportionnellement aux autres (point intéressant et utile à connaître dans la clientèle pauvre).

Cette partie, *hors* cadre, contient la réponse immédiate aux demandes urgentes. L'on trouve ensuite l'examen clinique de l'enfant, si différent de celui de l'adulte, et que négligent cependant les livres de pédiatrie; l'hygiène et l'alimentation de l'enfance, la thérapeutique générale (alimentation des malades; agents physiques, etc.).

**Formulaire des Médications nouvelles pour 1910**, par le Dr H. GILLET. (Baillière).

5e édition d'un livre classé maintenant et contenant toutes les nouvelles médications. Ouvrage très utile et bien fait.

**Nature intime de la phtisie pulmonaire**, par le Dr DIMOTROPOL. 2e edit. (Brochure, Bucarest).

**Le traitement radiothérapique des fibromyomes utérins**, par le Dr LAQUERRIÈRE (Broch.).

**L'électrothérapie agent de rééducation**, par le Dr LAQUERRIÈRE (Broch.).

**Soins anté et post opératoires en chirurgie abdominale**, par le Dr PAUL DELBET (Broch.).

**Le traitement mercuriel de la syphilis**, par le Dr NICOLAS (*Cons. med. franç.*). Poinat.

**Le traitement des anémies**, par le Dr PERRIN (*Cons. méd. franç.*). (Poinat).

**La structure administrative des hôpitaux et l'institution des nurses aux Etats-Unis**, par le Dr KŒNIG (Broch.).

**Qu'est-ce que la morale ?** par HERBERT SPENCER. (Schleicher).

Cet ouvrage, un des plus remarquables du célèbre philosophe anglais vient à son heure, car il institue les bases scientifiques d'une morale sociale et il faut féliciter la librairie Schleicher de nous en donner cette bonne traduction.

**Médecine et pédagogie**, *leçons professées à l'Ecole des Hautes Etudes sociales*; préface de M. le Dr MOSNY, de l'Académie de Médecine 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque générale des Sciences Sociales*, cart. à l'anglaise, 6 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Ces leçons inspirées par la *Ligue française pour l'Hygiène scolaire*, ont pour but de provoquer une réforme des méthodes actuelles d'éducation, et de substituer au régime en vigueur un système mieux adapté aux facultés physiques, intellectuelles et morales de l'enfant. Elles montrent l'union de la médecine et de la pédagogie et l'importance du point de vue médical dans les questions pédagogiques.

Le Dr Mathieu, président de la Ligue, expose d'abord les rapports de la médecine et de la pédagogie, puis les Drs Gillet et Méry étudient le rôle du médecin dans les écoles et dans les internats, les Drs Guinon, Boulloche et Nobécourt, les maladies de la croissance, la prophylaxie des maladies chroniques et celles des maladies aiguës à l'école; le Dr Granjux, la culture des anormaux. Dans le domaine de la pédagogie physiologique, le Dr Dufestel aborde l'étude des conditions d'un bon développement physique. M. le prof. Malapert, du Lycée Louis-le-Grand, l'étude de la morale sexuelle, MM. les Drs Mathieu et Régnier, l'enseignement des questions de physiologie sexuelle; le Dr Butte montre le rôle tutélaire de l'enseignement aux enfants et aux jeunes gens des questions de physiologie, d'hygiène et de morale sexuelles. Toutes questions délicates, pour lesquelles maîtres et parents seront heureux de trouver des guides compétents.

**L'Eglise infaillible devant la science et l'histoire**, par CAUDERLIER (Nourry).

**Le Photo-vitrail simplifié**, par TRANCHANT. (Mendel).

**Les produits photographiques**, par MATHET. (Mendel).

Deux bons ouvrages de la Bibliothèque de la photo-revue.

## CARNET DU PRATICIEN

### Brûlures

| | | |
|---|---|---|
| Essence d'origan........ | 5 | grammes |
| Essence de thym........ | 5 | — |
| Essence de verveine..... | 5 | — |
| Essence de géranium.... | 5 | — |
| Gaïacol pur cristallisé... | 20 | — |
| Beurre de cacao....... | 400 | — |
| Cire vierge............ | 400 | — |
| Rétinol purifié.......... | 1.200 | — |

### Fissures et crevasses

Passer sur les parties malades, au pinceau, une couche de baume du Commandeur; laisser sécher, puis enduire la région fissurée, main, lèvre, avec:

| | |
|---|---|
| Glycérolé d'amidon.......... | 30 grammes |
| Résorcine................. | 0 gr. 05 |

Dr SABOURAUD.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

*En «italique».* — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur LUCIEN-GRAUX.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**A l'Academie.**

Demande d'autorisation pour les sources *Merveille* à Noyers-sur-Jabron (Basses-Alpes) et *El Pilar*, à Mediana-de-Aragon (Espagne).

**Nouveau journal.**

Nous apprenons avec plaisir l'apparition d'un nouveau journal médical des eaux, la *France médico-thermale* dirigée par notre ami et collaborateur le Dr Cauvy de La Malou. Longue vie et prospérité!

**La taxe de séjour en Italie**

Le ministre des Finances a préparé un projet de loi établissant la taxe de séjour pour tous ceux qui se rendent dans une ville d'eau.

En voici le texte :

Article premier. — Quiconque se rendra dans une station balnéaire ou climatique, et y restera plus de cinq jours, avec ou sans traitement médical, paiera à la commune qui en a l'administration une taxe de séjour ne devant pas être supérieure à 6 lires.

Pour les familles de plus de deux membres, la taxe sera réduite d'un sixième pour chacun d'eux.

Article 2. — Seront exempts de cette taxe :

*a*) Les habitants et résidants dans la commune;

*b*) Les pauvres qui se soignent aux dépens des institutions de bienfaisance;

*c*) Les serviteurs des séjournants;

*d*) Les enfants au-dessous de 12 ans;

*e*) Les médecins de toutes nationalités qui feront connaître leur qualité.

Article 3. — La liste des communes qui auront le droit d'appliquer cette taxe, sera dressée par le ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce, dans le mois qui suivra la promulgation de la présente loi.

Article 4. — Le mode de perception de la taxe dans les limites sus-indiquées, et la procédure de mise à exécution, seront établis par un règlement délibéré en Conseil communal, approuvé par la Junte Provinciale administrative et homologué par le ministre.



# ÉCHOS

**Clinique du cœur (173, rue Blomet).**

M. H. Huchard a commencé, à la nouvelle salle de conférences de cette clinique, le cours de pratique médicale, le dimanche matin 1er mai, à 10 heures.

Ce cours, d'une durée de 2 mois cette année, sera continué tous les dimanches à la même heure, par M. Huchard et plusieurs de ses collègues, sur les affections du cœur et sur diverses maladies.

Conférences du mois de mai. — 1er mai : M. H. Huchard (Pronostic des maladies du cœur). — 8 mai : M. le professeur Albert Robin (Pronostic et traitement des maladies de l'estomac). — 15 mai : Pas de conférence. — 22 mai : M. Rochon-Duvigneaux, ophtalmologiste des hôpitaux (Pronostic et traitement des maladies des yeux). — 29 mai : M. H. Huchard (Traitement des maladies du cœur).

**Hôpital Saint-Antoine. Enseignement de la Radiologie médicale. 1910. — 13e année. Cours de Vacances.**

Par le Dr A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 20 au samedi 26 mars :

Matin : 10 heures. — Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin : 11 heures. — Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir : 2 heures. — Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 20 mars, à 10 heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du Dr Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

**Cours de Vacances de M. Calot du 1er au 7 août, à l'Institut Orthopédique de Berck.**

En sept jours, de 8 heures du matin à 7 heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes, déviations, maladies des os et des articulations, etc. Neuf leçons avec présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques individuels.

Programme des cours : I. Lundi, 1er août (10 h. matin) — M. Calot — La technique des appareils (Plâtre, Moulage, Celluloïd) — Traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculoses du testicule et de l'épididyme. II. Mardi 2 août (10 h. matin) — M. Calot — Le mal de Pott. Corsets. Traitement de la gibbosité, des abcès, de la paralysie. III. Mercredi 3 août (10 h. matin) — M. Calot — Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur. IV. Jeudi 4 août (10 h. matin) — M. Calot — Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, coude, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions. V. Vendredi 5 août (10 h. matin) — M. Calot — Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Réduction de plusieurs luxations. VI. Vendredi 5 août (5 h. soir) — Dr Privat — Traitement de la paralysie infantile, du pied-bot paralytique. Syphilis des os et des articulations. VII. Samedi 6 août (10 h. matin) — Dr Fouchou-Lapeyrade — Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique. VIII. Samedi 6 août (4 h. soir) — Dr Fouchet — Traitement de la scoliose. Gymnastique médicale. IX. Dimanche 7 août, 10 h. matin — M. Calot — Traitement du pied-bot congénital. Traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers. Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations, soit par M. Calot, soit par les Drs Fouchet et Fouchou-Lapeyrade. — Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, S'adresser dès maintenant au Dr Fouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Berck-Plage (P.-de-C.). — Droits à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques. Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

**Le cours du Dr Doyen.**

Le cours libre du Dr Doyen n'ayant pu avoir lieu à la Faculté, l'éminent chirurgien l'a fait avec un très vif succès à l'Hôtel des Sociétés savantes.

**Le LXXVIIIe Congrès annuel de la « Brisish medical Accociation ».**

Le LXXVIIIe Congrès annuel de la « British medical Association » se tiendra à Londres, du 26 au 29 juillet 1910, sous la présidence de M. Butlin, président du Collège Royal des chirurgiens.

Le Congrès comprendra les sections suivantes : Anesthésiques, anatomie, bactériologie, dermatologie, pédiatrie, gynécologie et obstétrique, laryngologie, sociologie médicale, médecine, médecine militaire et navale et ambulances, odontologie, ophtalmologie, otologie, anatomie pathologique, pharmacologie et thérapeutique, physiologie, neurologie et psychiatrie, radiologie et électricité médicales, chirurgie, médecine tropicale, médecine d'état.

Adresser tout ce qui concerne les communications (qui doivent être en anglais) à l'un des secrétaires du Congrès : M. Goodall, Eastern Hospital, Homerton, N. E. M. Criffith, 1, Chester Gate, Regent's Park, N. W.; M. Shaw, 64, Harley street, W.

# POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientele soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

## DEMANDES

**Docteur** reprendrait contre indemnité même élevée bon cabinet de consultations, ou clinique. Seulement affaire ayant caractère médical sérieux. (2207)

**Jeune Docteur** désire reprendre aussitôt que possible à Paris clientèle bien assise de 12 à 15.000. (2206)

**Docteur** cherche poste à 2 heures maximum de Paris. Etre seul médecin sans faire la pharmacie. Recettes minimum 10.000. (2205)

**Docteur** désirerait trouver dans le Centre poste de 11 à 12.000 mais susceptible d'augmentation. De préférence chef-lieu de canton. (2204)

**Etudiant sérieux** ayant références désire trouver remplacements à Paris, place d'assistant dans clinique, gardes, etc. (2202)

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 30.000 pour laquelle il paierait comptant l'indemnité qui lui serait demandée. (2201)

**Docteur actif**, références et 10 ans de pratique fera remplacements. Fait la pharmacie. (2203)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance ne nécessitant pas l'emploi d'un cheval ou d'une auto. (2200)

**Médecin-militaire retraité** cherche emploi quelconque où il y ait à développer beaucoup d'activité. Voyagerait. (2199)

**Docteur** cherche à reprendre affaire para-medicale ancienne, sérieuse, donnant de bons résultats. S'associerait. Dispose de capitaux. (2198)

**Docteur** reprendrait en banlieue à 1/2 heure maximum poste de 15 à 25.000. (2197)

**Chirurgien** installé en province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou encore cabinet de gynécologie et voies urinaires. (2196)

## OFFRES

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (251)

**PARIS.** — A céder clientèle agréable. Recettes 12.000. Grand appartement. Le titulaire obligé de partir en raison de son mauvais état de santé, céderait à de bonnes conditions. (250)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000 (249)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux exploitant appareils brevetés est à céder. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. Indemnité y compris toute l'installation 75 à 80.000. (248)

**NIÈVRE.** — Seul médecin faisant la pharmacie céderait à de bonnes conditions poste d'un rapport de 15 à 16.000. (247)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur, seul médecin faisant la pharmacie, désire céder son poste pour le mois d'octobre. Recettes 10.000 sans aucun frais de locomotion. Cesse d'exercer. (246)

**PARIS.** — Clinique de médecine générale avec installation complete d'électrothérapie à céder. Recettes 10.000. Indemnité 20 à 25.000. (245)

**PARIS XVIIIe.** — Clientèle de 15 ans à relever facilement. Recettes 8.000 (on y a fait 15.000). Faible loyer. A céder pour faible indemnité. (244)

**CENTRE.** — A céder dans petite ville Etablissement d'agents physiques anciens. Bénéfices nets en 6 mois de saison : 20.000 fr. Indemnité y compris immeuble 140.000 Affaire facile à diriger. (243)

**CHER.** — Chef-lieu de canton. Pour raisons de santé, on céderait excellent poste. Recettes en progression 16.000. Indemnité raisonnable. (242)

**CENTRE.** — Dans sanatorium. Jeune Docteur disposant de capitaux trouverait situation d'associé en vue de cession ultérieure. (241)

**ORNE.** — A céder poste seul médecin faisant la pharmacie. Recettes 9.000. Faible indemnité. (240)

**OUEST.** — Grande ville. Docteur désire céder clientèle agréable de plus de 30 ans. Recettes 18.000. Grand appartement. Peu de Frais. (239)

**PARIS XVIe.** — Docteur âgé céderait pour reprise du bail, clientèle agréable. Conviendrait à jeune Docteur célibataire. (237)

**BANLIEUE.** — Maison de santé serait cédée à des conditions exceptionnelles par Docteur ne pouvant plus s'en occuper. (235)

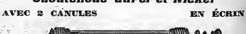
**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 15.000. Indemnité 9.000. (231)

**PARIS.** — Docteur céderait Établissements d'agents physiques. Préférerait prendre associé. Affaire sérieuse bien assise, nécessitant peu de travail. (229)

**Cabinet Dentaire.** — Dans grande ville du S.-O. à céder bon cabinet dentaire. Recettes minimum 20.000 loyer 1.400, clientèle riche. Facilités.


Production illimitée
d'Oxygène naissant
ANIOS
MÉDICINAL LIQUIDE DÉSODORISANT SANS ODEUR
LE PLUS PUISSANT
ANTISEPTIQUE-KERATOPLASTIQUE
Non toxique-ni caustique-n'oxyde pas les instruments
POUDRE ANIOS SANS ODEUR remplace Iodoforme SAVON ANIOS
ECHons et LITre : MICHEL ET COGNARD, Phie YVON, 7, Rue La Feuillade, PARIS.





81e Année (Série XIIIe) — Hors série. LE NUMÉRO : 25 CENTIMES Mai 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole...... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# THÉRAPEUTIQUE NERVEUSE

La thérapeutique nerveuse n'a fait, au cours de ces dernières années, que peu de progrès : hormis les bromures et la valériane, il n'est point de médications dignes d'être retenues. Ce sont là, il est vrai, deux agents de tout premier ordre, susceptibles de fort bons résultats. Cependant, à côté de leurs bienfaits, ils présentent bon nombre d'inconvénients, imputables soit à leur infidélité d'action, soit à leur intolérance, voire à leur toxicité. Ce sont, en somme, des « armes à deux tranchants », qu'il importe de savoir bien manier.

Les inconvénients des bromures sont trop connus pour que nous insistions : ceux-ci malmènent l'estomac en donnant lieu à une sensation de chaleur cuisante et à des renvois pénibles; ils exercent sur l'organisme des effets déprimants, donnent du vertige, des étourdissements, de la somnolence; ils ralentissent la respiration, affaiblissent l'activité du cœur, déterminent souvent des éruptions, peuvent même provoquer des accidents toxiques qu'on a décrits sous le nom de *bromisme*.

A la valériane on reproche sa désagréable odeur, son activité faible et surtout son inconstance d'effets.

Or, ces inconvénients sont évitables si l'on tient compte du mode d'action des deux médicaments, très nettement fixé par les recherches nouvelles. Tout d'abord, en ce qui concerne le bromure de potassium, il est aujourd'hui démontré qu'il agit sur le système nerveux uniquement par son élément *brome*, alors qu'il est redevable à l'élément *potassium* de ses effets dépressifs sur la circulation. Aussi est-il rationnel de substituer aux bromures des combinaisons bromées qui puissent, sans fatigue pour l'organisme, libérer facilement leur brome au sein de l'économie.

C'est ainsi que sont nées diverses combinaisons organiques et notamment les bromopeptones. Malheureusement, le brome a des réactions à ce point violentes qu'il détruit la matière organique, d'où mise en liberté d'hydrogène et formation abondante d'acide bromhydrique. Par contre, il est une préparation qui se montre irréprochable au double point de vue de sa grande fixité chimique et de son activité puissante : c'est le *brome colloïdal*.

Quant à la valériane, on sait, depuis les travaux du prof. Pouchet, qu'elle doit toute son activité à son essence et que la partie la plus active de cette essence est constituée par les *éthers du bornéol*, qui sont doués de réelles propriétés sédatives du système nerveux central.

Pour obtenir des médications bromées et valérianiques le maximum d'effets et pour en éviter les multiples inconvénients, il était donc rationnel d'associer en une même préparation le brome colloïdal et les éthers du bornéol.

C'est cette association que réalise excellemment le *Broséyl*.

Avec le *Broséyl*, le praticien dispose, pour le traitement des affections nerveuses, d'un médicament d'une innocuité absolue, d'une action sûre et constante, d'un dosage rigoureux.

Parfaitement toléré par l'estomac, n'entraînant aucun effet dépressif et mettant à l'abri de tout accident de bromisme, le *Broséyl* représente, de par sa composition, une synergie médicamenteuse hautement efficace et apparaît comme le régulateur nerveux par excellence.

J'ai eu l'occasion d'étudier d'une façon continue les effets cliniques de ce nouveau remède et je l'ai toujours trouvé, comme sédatif nerveux, bien supérieur au suc frais de valériane et surtout aux valérianates. Les excellents résultats que différents confrères en ont retiré, à ma connaissance, me font croire que ce médicament prendra dans l'arsenal thérapeutique la place honorable qui lui revient.

Dr C. CALVET.

N. B. Le *Broséyl* est présenté sous forme de dragées glutinisées (solubles dans l'intestin) qu'on doit avaler sans les croquer. La dose pour les adultes est de 4 à 6 dragées par jour. Pour les enfants, une à trois dragées suffisent. Le *Broséyl* est préparé aux **Laboratoires de Recherches Scientifiques** 15, rue de Paris, Puteaux-Paris (Seine) Echantillons et Littérature sur demande.

# ÉCHOS

**Nos députés.**

La nouvelle Chambre compte parmi ses membres 59 médecins, 13 pharmaciens et 2 vétérinaires.

Ce sont : *Médecins* : MM. Bozouet, Bollet, Héritier, Thivrier, Durand (Aude), Lachaud, Balesi, Baudet (Côtes-du-Nord), Clament, Sarrazin, Sireyjol, Dubuisson, Cazauvieilh, Chapuis (Jura), Laurent, Devins, Vazeille, Péchadre, Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Defontaine, Dron, Delpierre, Chopinet, Delelis, Morel (Pas-de-Calais), Sabaterie, Chambige, Chassaing, Pujade, Simyan, Empereur, Meslier, Lorimy, Trouvé, Tarrade, Ganault, Blanc, Plouzané, Monprofit, Grandjean, Perier, Doizy, Samalens, Theveuy, Even, Fesq, Guiraud, Dupuy, Bories.

*Pharmaciens* : MM. Mille, Astier (Ardèche), Bachimont, Baduel, Pelisse, Morel (Loire), Renard, Selle, Chamerlat, Schmidt, Fabre (Puy-de-Dôme), Barthe, Maison.

*Vétérinaires* : MM. Fitte, Ragally.

A tous les félicitations de la *Gazette Médicale de Paris.*

Un grand nombre d'amis personnels viennent d'être élus à la Chambre, nous nous en réjouissons; mais nous regrettons l'échec de plusieurs parlementaires qui ont consacré, sans compter, toute une partie de leur existence au pays et que le suffrage universel a eu la sottise de ne pas reuommer.

**La Maisou du Médecin.**

L'an dernier, cette œuvre si iutéressante due à l'initiative de nos amis Courtault et Nass, avait un budget de 10.000 francs. Elle vient de recevoir un don de 50.000 francs, un château merveilleux, un revenu annuel de 60.000 francs et une belle maisou (celle-ci dotée de revenus suffisants pour abriter une dizaine de confrères).

**Nul ne peut contraindre un patient à une opération chirurgicale.**

La Cour d'appel de Liége avait refusé à un milicien l'exemptiou qu'il demandait, son père pouvant être considéré perdu pour la famille à cause d'une infirmité grave qui venait de lui survenir.

Les médecins avaieut constaté chez le père une hernie inguinale énorme, irréductible et qu'une opératiou seule pouvait guérir.

La Cour de Liége disait : que le père se fasse opérer, ou verra après.

La Cour de cassation s'est moutrée plus humaine. Elle a décidé que l'infirmité visée est prévue comme cause de dispense par la loi de milice; qu'au surplus, aucun pouvoir judiciaire ne peut contraindre à subir une opération chirurgicale. Elle a, à la demande du gouverneur de Namur, cassé l'arrêt de Liége et renvoyé l'affaire devant la Cour d'appel de Bruxelles.

**Nos Martyrs.**

Encore une mort à déplorer, celle d'un interne de l'hôpital de Limoges, M. Neyroux, qui vient de succomber d'une infection générale contractée à la suite d'une piqûre anatomique.

**Rosette rouge.**

La rosette rouge a été décernée à notre ami le Dr Le Page, directeur du bureau d'hygiène d'Orléans. Nos bonues félicitations.

**Les Médecins de réserve.**

Le Bulletin officiel de l'*Union des Médecins de réserve* publie la note suivante relative à son dernier banquet :

« A notre connaissance, 1 *seul journal médical* a donné un compte-rendu d'ailleurs très bieu fait; j'ai nommé la *Gazette médicale de Paris*, de uotre excellent camarade Lucien Graux; au nom de l'Union, nous le remercions bieu cordialement. »

La *Gazette* est heureuse de ce témoignage. Elle est, on le sait, très heureuse de défendre la cause des médecins des réserves et de l'active et, à ce propos, elle rappelle à nos confrères de l'active qu'ils sout chez eux dans ce journal et qu'ils peuvent nous envoyer leurs travaux. Nous les publierons volontiers toutes les fois que nous le pourrons.

**La Paix.**

L'œuvre pacifiste si intéressante du Dr Rivière, 25, rue des Mathurins, a reçu de très nombreuses adhésions. Un Congrès se prépare, nous engageons nos confrères à lui écrire.

**Exposition universelle et internationale de Bruxelles 1910.**

*Les Livres.*— Le Comité d'installation de la Classe XVI (médecine, chirurgie, stérilisation et orthopédie) organise à l'Exposition de Bruxelles une exposition des principaux livres de médecine, chirurgie, hygiène et sciences y afférentes, publiés ces dernières années, ainsi que des Revues de médecine et d'hygiène. Nos confrères n'auront à payer pour tous frais que la somme de 10 francs par volume. Ils jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Adresser les demandes d'admission à M. Lucien Graux, 11 *bis*, rue Villebois-Mareuil, Paris, vice-président de la Classe XVI.

*Les Instruments.* — Le Comité d'installation de la Classe XVI organise également une exposition spéciale des principaux instruments de chirurgie, de stérilisatiou, d'orthopédie et des sciences y afféreutes, créés par les docteurs dans ces dernières anuées. MM. les docteurs jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Les instruments, appareils, produits stérilisés étant de volumes variables, le Comité a fixé l'unité d'emplacement à 50 francs (environ 25 centimètres de large, 25 centimètres de profondeur et 30 de hauteur) avec minimum d'un emplacement et maximum de quatre.

Adresser les demandes d'admission au secrétaire de la Classe XVI, M. A. Plisson, 68, rue J.-J.-Rousseau, à Paris.

**La Légion d'honneur et l'Académie de Médecine.**

Notre excellent confrère, le *Bulletin médical* a fait l'intéressante recherche suivante relative aux rubans rouges que possèdent nos académiciens.

Au poiut de vue du grade dans la Légiou d'honneur, les 95 membres titulaires et les 10 membres associés libres de l'Académie de médecine se répartissaient ainsi au 15 janvier 1910.

*Grands officiers* : 2.

MM. Bouchard et Chauveau.

*Commandeurs* : 25.

MM. D'Arsonval, Debove, Delorme, Dieulafoy, Duguet, Empis, Fournier, Gariel, Gautier, Guyon, Jaccoud, Kelsch, Kermorgant, Labbé, Landouzy, Lannelongue, Lucas-Championnière, Marty, Monod (Heuri), Perrier (Muséum), Peyrot, Pozzi, Raymond, Roux, Vaillard, Vallin.

*Officiers* : 32.

MM. Boucbardat, Bucquoy, Caventou, Chantemesse, Chatin, Doléris, Duplay, Farabeuf, François-Franck, Gilbert, Guignard, Hallopeau, Hanriot, Hayem, Henneguy, Hérard, Huchard, Jongfleisch, Lancereaux, Laveran, Le Deutu, Lereboullet, Magnan, Monod (Charles), Perier, Pouchet, Ranvier, Reclus, Regnard, Richelot, Richet, Sée (Marc), Segond.

*Chevaliers* : 40.

MM. Balzer, Bar, Barrier, Béhal, Beujamin, Blanchard, Bourquelot, Bureau, Cadiot, Capitan, Champetier de Ribes, Chauffard, Déjerine, Fernet, Fleury (de), Galippe, Gley, Gréhant, Guéniot, Hutinel, Kaufmanu, Kirmissou, Letulle, Mosuy, Moureu, Netter, Pinard, Porak, Quénu, Railliet, Reynier, Ribemont-Dessaignes, Richer (Paul), Schwartz, Thoinot, Troisier, Vincent, Weiss, Widal, Yvon,

# Le Traitement de la Maladie de Little[1]

Par le Docteur F. CALOT (de Berck)

## I. — Rappel des notions cliniques indispensables.

Ai-je bien besoin de rappeler que la maladie de Little est une affection des centres



Fig. 1. — Maladie de Little (de gravité moyenne) ; facies hébété, cuisses en flexion et abduction, jambes fléchies sur les cuisses, pieds en varus équin.

nerveux, d'origine congénitale caractérisée cliniquement par une contracture des membres inférieurs, d'où la difficulté, parfois même l'impossibilité de marcher, avec en plus, toujours ou presque toujours, un amoindrissement intellectuel du sujet.

Anatomiquement, elle est constituée par



Fig. 2. — Autre forme, de gravité moyenne également.

un arrêt de développement ou une sclerose des centres psycomoteurs.

Vous les connaissez bien ces enfants arriérés (fig. 1 et 2) de 3, 4, 5, 8, 10 ans, qui ne marchent pas encore, qui ne tiennent même pas debout et qui, lorsqu'on essaie de les mettre sur leurs pieds, touchent le sol seulement par la pointe des orteils, tandis que les genoux et les hanches n'arrivent pas à se redresser.

Si les jambes remuent, c'est pour s'agiter spasmodiquement, s'entrechoquer et s'encroiser.

Presque toujours, on vous les amène uniquement pour cette impossibilité de marcher.

C'est cela qui frappe et ennuie les parents.

Mais vous, qui n'êtes pas aveuglés par la tendresse paternelle, vous reconnaîtrez aisément que ce n'est pas seulement la marche qui est en retard, mais aussi, et peut-être plus encore le cerveau et l'intelligence de l'enfant. L'embarras de sa parole, sa physionomie plus ou moins hébétée et parfois grimaçante, son regard louche ou plutôt oblique, ses mouvements incoordonnés ou choréiformes vous renseignent à cet égard immédiatement.

Revenons à l'examen des membres inférieurs. Ils sont raides comme des barres d'acier, et souvent agités de petites secousses presque incessantes, epileptoïdes. Les réflexes sont exagérés, on trouve le signe de Babinski, etc.

Par suite de la localisation ordinaire des contractures musculaires des jambes, les pieds sont déviés en équinisme pur, ou en équin varus, généralement, — parfois en valgus. Les jambes sont repliées, les cuisses sont fléchies et en rotation interne mais surtout collées intimement l'une à l'autre, si bien qu'il vous est extrêmement difficile de les écarter.

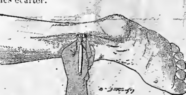


Fig. 3. — Section du tendon d'Achille. Le pouce gauche déprime la peau sous le tendon pour protéger les organes profonds et servir de guide au ténotome.

Si vous essayez de ramener les divers segments des membres inférieurs à une bonne attitude, vous avez à lutter contre une résistance presque invincible (raideur « tétanique » ou « cadavérique » des jointures) provenant de la contracture spasmodique des muscles placés du côté « de la concavité des déviations ».

Ce spasme atteint surtout les muscles postérieurs de la jambe, les fléchisseurs du jarret et les adducteurs de la cuisse.

Par contre, les muscles « de la convexité » des déviations peuvent être *parésiés*, et le nom de « paralysie spastique » ou paraplégie spasmodique de l'enfance, donné quelquefois à cette maladie rappelle ces deux caractères : affaiblissement de certains muscles et contracture de leurs antagonistes.

La maladie frappe moins souvent et moins profondément les muscles du tronc ou des membres supérieurs.

Je signale simplement les troubles de nutrition de la peau ; les jambes et les pieds sont froids et violacés, parfois d'une teinte asphyxique dans certaines formes très graves. Notez bien que les sphincters sont indemnes et que la sensibilité reste intacte.

Est-il besoin de dire que cette maladie existe à tous les degrés possibles et que l'on observe depuis l'enfant presque normal qui marche seul, mais en traînant lour-

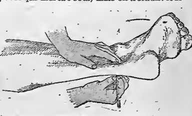


Fig. 4. — Ténotomie (*suite*). Le ténotome mousse, passant sous le tendon, vient faire saillie sous la peau du côté externe. La main gauche le fixe dans cette position ; un aide fait de la flexion progressive du pied suivant le sens de la flèche et le tendon se coupe de lui-même sur le tranchant.

dement les pieds sur le sol, (comme s'ils étaient retenus par des poids de 20 kilogs) et entrechoquant ses genoux, jusqu'au sujet complètement impotent, dont les jambes sont repliées sous les cuisses et les talons




Fig. 5. — Manière de faire l'allongement du tendon d'Achille.

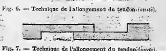


Fig. 6. — Technique de l'allongement du tendon (*suite*).

Fig. 7. — Technique de l'allongement du tendon (*suite*).

collés aux fesses ? Et de même tous les degrés existent dans l'amoindrissement intellectuel de ces enfants, depuis le retard à peine appréciable jusqu'à l'idiotie inclusivement.

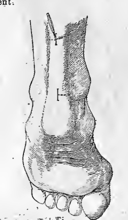


Fig. 8. — Manière de faire l'allongement du tendon d'Achille, par la voie sous-cutanée.

Ajoutons que presque tous sont nés soit prématurément, au 7e ou 8e mois, soit dans un état d'asphyxie, à la suite d'un accouchement difficile ou laborieux. Nous avons observé que ce sont presque toujours ces

(1) Ce même traitement s'applique aux retards de la marche dûs aux autres lésions des centres nerveux.

derniers qui sont les plus amoindris au point de vue cérébral.

Nous avons des raisons de penser que cette maladie est bien souvent une tare de syphilis héréditaire; cela n'est pas constant

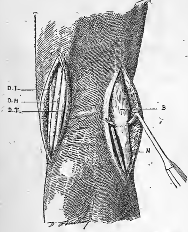


Fig. 9. — L'allongement *nécessaire* du tendon est égal au tiers de la distance séparant le talon du sol. Ici cette distance est de 6 centimetres. Donc le tendon devra s'allonger de 2 centimètres. Comme il ne se fait guère après la ténotomie qu'un tronçon de 1 centimètre chez l'enfant, il faudra dans le cas présent faire l'allongement et non pas la ténotomie simple.

certes, mais la présomption est néanmoins suffisante(1) pour qu'on doive soumettre tous ces enfants au traitement spécifique. Disons dès maintenant, que celui-ci s'est montré peu efficace, même dans les cas de syphylis avérée chez les parents.

II. — La conduite a tenir

Que ferez-vous pour ces enfants? Et y a-t-il vraiment quelque chose à faire?

Eh bien, oui, si ce n'est dans le cas d'idiotie complète.

Comment reconnaître cette contre-indication?

C'est moins facile que cela ne paraît au premier abord.

Il est évident que vous ne vous en rap-



Fig. 10. — Résection des tendons du creux poplité ou tendectomie. 1er temps: les tendons sont mis à nu et isolés des tissus sous-jacents par une aiguille à anévrysme, le tendon est coupé sur l'aiguille.
B, (biceps; N, nerf sciat. pop. ext.; DT, demi-tendineux; DM, demi-membr.; DI, droit interne.

porterez pas aux parents qui vous affirmeront hardiment que l'enfant est « remarquablement (!) intelligent » simplement « nerveux » ou « distrait ». Mais sachez vous garder aussi de l'erreur inverse, que pourrait vous faire commettre votre première impression personnelle qui sera presque toujours désastreuse; car vous prendrez d'emblée ces enfants pour des idiots, tandis que, si vous voulez bien vous donner la peine de les étudier et de les observer pendant quelque temps, vous arriverez à vous convaincre que l'intelligence, au moins 3 fois sur 4, n'est pas absente, mais qu'elle retarde et sommeille seulement. Vous trouverez même des cas où elle sera sensiblement normale, et ceci peut s'observer chez des enfants ayant une impotence presque complète des jambes; c'est dire que les manifestations cérébrales et les manifestations musculaires n'ont pas une évolution forcément parallèle.

Notez que si la gravité des troubles intellectuels va constituer pour vous assez sou-

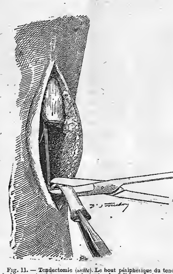


Fig. 11. — Tendectomie (*suite*). Le bout périphérique du tendon du biceps est saisi par une pince et enlevé d'un coup de ciseaux.

vent (1 fois sur 4) une contre indication à tout traitement orthopédique, par contre le degré, même accentué des lésions musculaires ne doit jamais être considéré comme une contre-indication à ce traitement.

Vous verrez par l'examen de la fig. 27 ce que nous avons pu faire d'une malade de 15 ans avec impotence complète des membres inférieurs mais dont l'intelligence était presque normale.

En résumé, si l'enfant n'est pas idiot, vous devez le soumettre à un traitement orthopédique et vous arriverez à des demi-guérisons et même, dans certains cas, à des guérisons sensiblement complètes.

Vous y arriverez pourvu que vous ayez la foi, « une foi sincère et agissante » qui vous fera suivre ces enfants, sans trève ni impatience, pendant 1 an ou même 2 ans quelquefois.

III. — Le traitement

On doit avoir un double objectif et s'occuper: 1° du cerveau de ces enfants; 2° de leurs jambes.

A. — *Traitement psychologique.*

*Instituez un traitement moral et psychique* contre le retard intellectuel. Cette partie du traitement sera confiée à la mère; il faut exiger des mères qu'elles s'occupent



Fig. 12. — Le nerf sciatique poplité externe est en rapport intime avec les « barbes » charnues se raccordant au cordon tendineux, mais non pas avec celui-ci dont il est séparé de plus de 1 cent, 1/2.

elles-mêmes de leurs enfants et ne les confient pas à des gardes merconaires.

Elles seules voudront et pourront, par leur patience infinie qui ne connaît pas les découragements, aider au développement de ces cerveaux arriérés et leur donner, en

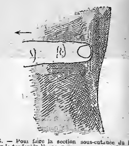


Fig. 13. — Pour faire la section sous-cutanée du biceps on appuie sur le tendon du biceps, puis, se reportant légèrement en dedans, on le laisse glisser en dehors, *sans perdre le contact avec lui.*

leur *apprenant à vouloir*, la discipline et le frein régulateur dont ils ont besoin pour arriver à commander à leurs muscles.

Elles seules ne se lasseront pas de faire répéter à ces enfants, du matin au soir, les mêmes mots, les mêmes mouvements, les mêmes exercices.

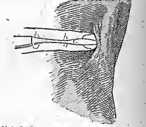


Fig. 14. — Section sous-cutanée du biceps. Alors on conduit le bistouri fin sur l'ongle, au ras du bord interne du cordon tendineux; on est sûr d'éviter toujours le nerf. Puis on coupe de dedans en dehors et de la profondeur à la surface.

Dites bien aux parents de s'en occuper sans répit et de ne pas craindre de fatiguer le cerveau de l'enfant.

Chaque gain obtenu du côté du cerveau retentit heureusement sur le fonctionnement des muscles atteints par la contracture. Plus le cerveau commandera, plus

(1) Dans 2 cas de maladie de Little, M. Déjerine a trouvé des lésions vasculaires de la moelle analogues à celles de la syphilis.

vont s'atténuer les spasmes réflexes et plus aussi le sujet sera capable de diriger ses jambes en vue de la marche prochaine.

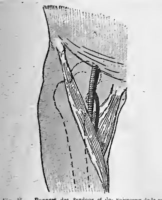


Fig. 15. — Rapport des tendons et des vaisseaux de la racine de la cuisse dans la position d'abduction.

B. — *Traitement orthopédique.*

Ce *traitement local et direct des déviations*

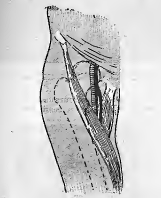
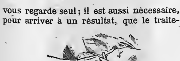


Fig. 16. — Dans l'adduction de la cuisse, les vaisseaux sont plus rapprochés des adducteurs que dans l'abduction (par conséquent, porter la cuisse en dehors autant qu'il est possible par des manœuvres modérées, avant de faire la ténotomie des adducteurs).

vous regarde seul; il est aussi nécessaire, pour arriver à un résultat, que le traite-



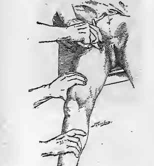


Fig. 17. — Ténotomie des adducteurs. La main gauche de l'opérateur isole les vaisseaux pendant que le ténotome s'enfonce en dehors des adducteurs.

ment psychologique dont nous venons de parler.

*a) Age de choix pour ce traitement orthopédique.* — Vous le ferez aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que l'intelligence de l'enfant le permettra. Il faut que l'enfant s'aide lui-même, pour que le traitement soit efficace; il faut qu'il comprenne quelque chose, qu'il sache un peu ce qu'on lui veut, lorsqu'on lui dit: « Fais attention, tiens-toi bien! relève-toi! etc. », et sache faire un effort, si petit et si peu durable qu'il soit.

Il en est qui veulent de bonne heure; d'autres, au contraire, qui ne réagissent pas intellectuellement avant 3, 4 et 5 ans. Vous devez *attendre cet éveil de la volonté* de l'enfant pour commencer le traitement local.



Fig. 18. — Hémostase après la ténotomie. On exprime le sang en pressant fortement les deux lèvres de la peau; après quoi on fait la compression (voir fig. 19).

*b) Technique du traitement local.* — Il consiste à mettre les divers segments des membres inférieurs dans la position la plus favorable à la marche, avec légère hypercorrection. Ainsi cette



Fig. 19. — Hémostase. — Un aide comprime fortement de ses deux mains, munies de tampons, les deux petites plaies produites par la double ténotomie des fléchisseurs et des adducteurs.

pointe du pied qui tombe sera ramenée à l'angle droit (ou plutôt à un angle aigu) sur la jambe; cette jambe fléchie sera mise dans l'extension (ou plutôt en hyperextension), ainsi que la cuisse qui était repliée sur le ventre; et de même encore ces cuisses collées l'une contre l'autre seront écartées et maintenues écartées.

1° *Le redressement des déviations.*

Il s'obtient, comme dans la paralysie infantile, par des manœuvres orthopédiques avec ou sans chloroforme, avec ou sans ténotomie.

*a) Forme bénigne.* — Si c'est très peu de chose, si la déviation est à peine marquée, la correction se fait sans bistouri et sans narcose.

*b) Forme ordinaire* (fig. 1 et 2). — La déviation est parfois très accentuée (mais elle ne porte que sur les membres inférieurs, le tronc et les membres supérieurs sont indemnes). Il faudra vous aider ici du ténotome et du chloroforme.



Fig. 20. — Ténotomie des fléchisseurs. *Place des aides.* La cuisse du malade est portée en hyperextension, la main de l'aide pèse sur le genou de haut en bas. Le bassin est maintenu par un deuxième aide.

*Au pied,* on fait la section (fig. 3 et 4) du tendon d'Achille ou mieux son allongement (fig. 5, 6, 7 et 8) par la voie sous-cutanée (1).

Lorsqu'on n'a besoin de gagner que 1 cent. à 1 cent. 1/4 (fig. 9), la simple ténotomie suffit. Dans les autres cas,

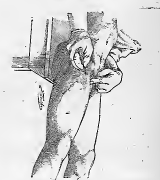


Fig. 21. — Ténotomie des fléchisseurs. Le ténotome est enfoncé en dedans du couturier, à 1 cent. 1/2 au-dessous de l'épine iliaque. L'opérateur pousse les tendons vers le tranchant de l'instrument avec les doigts de la main restée libre.

l'allongement est nécessaire, car, après la section, le segment charnu du muscle est tellement tiré en haut par la contracture que la réunion des deux tronçons ne peut pas se faire, d'où une déviation en talus très marquée, remplaçant l'équinisme primitif, mais ne valant guère mieux.

Fig. 22. — Autre procédé de ténotomie des fléchisseurs. Le ténotome est enfoncé en dehors des tendons; la main gauche de l'opérateur isole les vaisseaux tout en présentant les tendons fléchisseurs au tranchant de l'instrument.

(1) Pour peu que le spasme soit accusé, la section, avec ou sans allongement du tendon, vaut mieux que son extension forcée par le redressement simple. Pour combattre les crampes, parfois si pénibles, il faut user,

*Au genou*, l'on coupera les tendons du creux poplité, en rèséquant au besoin un fragment de quelques centimètres de ces tendons (fig. 10 et 11). On peut aussi les sectionner par la voie sous-cutanée le biceps lui-même, sans avoir à craindre pour le nerf sciatique poplité externe, situé à un centi-



Fig. 23. — Ruptore des adducteurs. Un aide fixe le bassin, l'autre porte la jambe en hyperextension et abduction. L'opérateur presse de toute sa force avec les pouces sur le point d'insertion supérieur des adducteurs et arrive ainsi à les rompre.

mètre et demi en dedans du tendon (fig. 12, 13 et 14).

*A la cuisse*, pour la section des tendons fléchisseurs et des adducteurs, vous opérez de la manière représentée dans les figures ci-contre (fig. 15 à 22).

On peut aussi faire la rupture non sanglante des tendons adducteurs de la cuisse par la seule pression des pouces (fig. 23). (1)

2° *Le maintien du redressement.*

La correction, ou plutôt l'hypercorrection de 20 à 25° des pieds (fig. 24), des genoux et des cuisses ayant été obtenue par un de ces procédés, quel qu'il soit (redressement forcé, ténotomie ou rupture des tendons),



Fig. 24. — Appareil appliqué dans l'hypercorrection d'un pied varus-équin. Le gros orteil est bien maintenu, la flexion est de 45° le bord interne du pied plus bas que l'externe; fenêtre sur la face antérieure du cou-de-pied pour éviter la compression exagérée des tissus mous.

cette hypercorrection sera maintenue pen-

---

en dehors de la ténotomie : *a*), des moyens psychologiques déjà signalés; *b*), des massages et des bains; *c*) aussi de tous les antispasmodiques connus: bromure, valériane, etc.

Mais cela ne va pas tout seul: il y faut le temps; ces contractures spasmodiques ne disparaissent guère avant plusieurs mois de traitement.

(1) Pour tous les détails de la technique voir la 4e édition de l'*Orthopédie indispensable* de Calot (chez Maloine, éditeur).

dant deux ou trois mois dans un appareil plâtré (1) (fig. 25).

3° *Mise sur pieds et exercices de la marche.*

Mettez l'enfant debout et essayez de le faire marcher avec son appareil *quelques jours après la correction*, dès qu'il est à peu près remis de ce petit traumatisme. *Ne tardez pas*, ne le laissez pas au repos pendant des semaines ou des mois, comme on le fait généralement; il se rouillerait encore davantage.

Oh! vous le devinez bien, cela n'ira pas tout seul de le faire marcher, même après le redressement obtenu de toutes les déviations.

Au début, il ne saura pas du tout se tenir sur ses pieds : il faudra l'aider, le soutenir ou plutôt le porter, presque entièrement. La jambe et le pied, maintenus dans le plâtre, resteront forcément dans la position voulue; mais le sujet fléchira en avant sur les hanches, que vous n'avez pas prises dans l'appareil avons-nous dit.

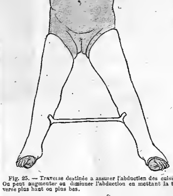


Fig. 25. — Traverse destinée à assurer l'abduction des cuisses. On peut augmenter ou diminuer l'abduction en mettant la traverse plus haut ou plus bas.

On doit lui rappeler à chaque instant de faire effort pour relever le tronc qui tombe en avant. Si vous ou sa mère lui avez appris à vouloir, il s'efforce de se tenir, mais il n'y arrive pas seul, il lui faut le secours constant ou presque constant de une ou de deux mains s'occupant de lui.

On répètera cependant ces essais du matin au soir, sans se lasser ni se decourager jamais, avec des rappels incessants: tiens-toi bien! redresse-toi...

---

(1) En réalité, pour maintenir l'abduction des cuisses, le plâtre devrait prendre le bassin, mais le sujet serait ainsi trop « empoté » et vous ne pourriez pas le faire marcher avec cet appareil. C'est pour cela que votre plâtre, parti de la racine des orteils, doit s'arrêter en haut au niveau du trochanter. Vous laisserez donc les hanches libres pour les essais de marche en ne vous occupant de maintenir l'abduction des cuisses que pendant la période de repos de l'enfant, c'est-à-dire toute la nuit, et le jour dans l'intervalle des exercices.

Pour ceci (fig. 25) vous écarterez les 2 plâtres avec des sacs de sable ou avec une pièce métallique terminée par 2 arcs embrassant les 2 plâtres et susceptibles de s'allonger de plus en plus comme le fait un mensurateur de cordonnier.

Pour empêcher la flexion du bassin sur les cuisses, il faut maintenir le tronc bien à plat avec quelques circulaires de bande Velpeau passées autour du cadre de repos.

Et cet effort répété ne sera pas perdu. Il développera la volonté et fortifiera à la lon-



Fig. 26. — Enfant de 10 ans après traitement. Il n'avait jamais marché. Actuellement, après un an de soins, il est capable de marcher avec une canne.

gue les muscles extenseurs de la cuisse sur le bassin, si bien qu'un beau jour, après

Fig. 27. — Berthe D., de Courbevoie, après traitement. Elle était venue à l'Institut orthopédique de Berck à l'âge de 15 ans (envoyée par mon distingué collègue et ami le Dr Ardouin). Elle n'avait jamais marché. Ses jambes étaient repliées sous ses cuisses et les talons collés aux fesses, maintenus dans cette position par une contracture paraissant invincible; jambes violacées, presque noires, troubles trophiques. — La contracture s'étendait aux muscles du tronc, mais l'intelligence était conservée aux 3/4.

J'ai promis aux parents de mettre l'enfant sur pieds et de la faire marcher, mais j'ai demandé pour cela un an et demi de crédit et exigé que la mère s'en occupât elle-même. Dès le 13e mois l'enfant (redressée en 3 séances sous chloroforme) était sur pieds et pouvait faire 200 à 300 mètres, seule, avec le simple appui d'une canne.

quelques semaines ou quelques mois de ces essais jusqu'alors demeurés infructueux, l'enfant arrivera à se tenir debout

*pendant quelques secondes, sans la main* de la mère, senlement soutenu par deux béquilles.

Le progrès est immense! Obtenir que l'enfant se tienne seul, sans le secours de personne, avec seulement des bâtons ou des béquilles, ou des cannes, est capital. Cela témoigne, non pas seulement qu'il a de meilleurs muscles et plus de force, mais encore et surtout que son cerveau a *le sens de l'équilibre*, ce qui est la première condition du succès.

Jusqu'alors, tant qu'il avait besoin d'une personne pour se tenir debout, l'enfant n'avait pas ce sens de l'équilibre et la réussite pouvait demeurer incertaine, maintenant elle est assurée.

En réalité, l'on pourrait distinguer, dans cet apprentissage si laborieux de la marche, quatre phases dont chacune dure plusieurs semaines ou plusieurs mois suivant la gravité du cas.

*Première phase :* Après le redressement des déviations, l'enfant reste sur pieds avec l'appui d'une ou deux personnes, *sans qu'il ait encore le sens de l'équilibre*.

*2e phase: Il sait se tenir sur pieds, sans appui intelligent étranger*, c'est-à-dire avec seulement l'appui de 2 bâtons ou de 2 béquilles; c'est donc lui qui a le sens de l'équilibre *sur place;* mais il ne marche pas encore tout seul.

Il ne le peut qu'avec l'appui d'une ou deux personnes, car s'il a le sens de l'équilibre pour la station debout, il ne l'a pas encore pour l'acte plus complexe qu'est la marche.

*3e phase: Il fait son premier pas tout seul*, sans secours intelligent, avec le seul appui de ses bâtons ou de ses béquilles.

*4e phase:* Après cela la bataille est gagnée. *Il arrivera à marcher* soit sans appui, soit avec une seule canne.

Il faut parfois un an ou même deux ans pour arriver à ce résultat.

Encore un mot sur les appareils de marche. On se sert pendant 2 ou 3 mois d'un plâtre allant des orteils au trochanter, puis d'un appareil en celluloïd articulé (à jeu limité de moitié) au pied et au genou. Ce celluloïd est construit sur un moulage pris par vous. Après avoir fait le moulage, vous appliquez un nouveau plâtre pour les 15 à 20 jours que va durer la confection du celluloïd.

Dès que vous êtes en possession du celluloïd, vous l'enlevez plusieurs fois par jour, soit pour donner des bains, soit pour faire des massages des muscles « de la convexité ».

Pour fortifier ces muscles affaiblis, on a de même recours à des exercices actifs exécutés pendant quelques minutes plusieurs fois par jour, soit dans la position couchée, soit debout.

Ils consistent à faire travailler le plus possible les membres défaillants, par conséquent à faire relever le pied sur la jambe, à mettre la jambe en extension sur la cuisse et celle-ci en extension sur le bassin et à porter les cuisses en abduction le plus possible.

Après quelques semaines, on y ajoute quelques mouvements passifs pour rendre la souplesse aux jointures qui sont enraidies, pen on beaucoup, par la maladie et par l'immobilité dans les appareils.

Ces appareils amovibles seront conservés aussi longtemps que la jambe manifestera une tendance à retonrner à sa mauvaise attitude, c'est-à-dire 6 mois, 8 mois, 12 mois, ceci étant très variable suivant les cas.

Enfin l'on s'occupe de l'éducation méthodique et rythmée de la marche. Pendant un assez long temps encore, l'enfant traînera lourdement les pieds et entrechoquera les genoux en marchant; mais cela finit par disparaître plus ou moins complètement grâce aux massages, à la gymnastique, à des exercices actifs répétés.

*Les cas exceptionnellement graves où les muscles du tronc sont pris:*

Le tronc est effondré sur les membres inferieurs dont les divers segments sont repliés en accordéon.

Même en ces cas, nous ne sommes pas désarmés. Nous pouvons arriver à faire marcher ces enfants, avec l'appui de deux cannes, il est vrai, au moyen d'un appareil remontant jusqu'à l'aisselle, appareil articulé, avec des muscles artificiels. Mais cet appareil est l'affaire du fabricant orthopédiste; votre rôle se borne à redresser les multiples déviations existantes, à prendre un moulage et à maintenir la correction avec un grand plâtre pendant la construction du celluloïd.

A moins que, tout bien pesé, vous ne préfériez vous débarrasser de ces mauvais cas, heureusement exceptionnels, et les « passer » aux spécialistes.

*Conclusion.*

Le résultat, dans le traitement de la maladie de Little, dépend de la persévérance et de la foi du médecin qui sait ou non communiquer sa conviction et sa persévérance aux parents. Les uns sauront arriver à faire marcher ces enfants tôt ou tard, les autres n'y arriveront jamais!

Il est ainsi bon nombre d'enfants de 8, 10 et même 15 ans (fig. 26 et 27) qui n'avaient jamais marché et dont les déviations, l'impotence et les troubles de nutrition étaient si graves qu'ils ne paraissaient même justiciables d'aucun traitement et qui, après les soins quotidiens que nous leur avons donnés pendant six mois, un an, ou deux ans, sont arrivés à faire plusieurs centaines de mètres d'une seule traite et sans appui, ou avec simplement l'appui d'une canne.

En somme, si le praticien veut et peut s'occuper presque quotidiennement de ces enfants, s'il est bien secondé par les parents, il accomplira de véritables petits miracles.

## REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

**Recherches expérimentales sur l'aspirine**, par les Drs A. CHRISTONE et F. LAPRESA (*Arch. di farmacologia*, 1909, n° 2).

Les auteurs donnent dans cet important travail le résultat de nombreuses recherches sur l'aspirine. Ils montrent que la décomposition de ce produit avec mise en liberté d'acide salicylique a lieu en quelques heures dans l'eau distillée, plus rapidement eu solution alcaline ou acide et en quaraute minutes dans le suc gastrique. Les auteurs ont constaté que l'aspirine produisait dans tous les cas uue irritation rénale (un peu d'albumine, cylindres, cellules épithéliales). Toxicité assez élevée. MM. Christoue et Lapresa concluent en conseillant de bien avoir soin d'examiner l'état des reins avaut de prescrire ce médicameut.

Sans doute, le fer a été bien souvent appliqué dans la cure des anémies de diverses sortes, mais, le plus souvent, sans discernement du mode d'administration qui convenait le mieux à des organes affaiblis ou frappés d'une tare dystrophique. L'estomac, tout d'abord, doit être entouré de soins pieux; et, sous prétexte de réveiller la vitalité, on ne doit pas donner un remède qui pourrait être pire que le mal, en imposant un excès de fatigue à des rouages essentiels, déjà en état d'infériorité.

Pour satisfaire à cette condition primordiale, il faut *rejeter toute médication qui comporte le dégagement du métal dans l'estomac*. C'est le cas des potions, sirops, vins, etc.

Au contraire, le Globéol qui représente la forme pilulaire (beaucoup plus pratique et plus commode), a de plus, *l'avantage de porter directement dans l'intestin les agents qui devront ensuite passer dans le sang*. Dès lors, grâce à l'administration réfractée qui les rend inoffensifs, l'assimilation desdits agents offre toutes chances d'être plus parfaite et, par suite, plus profitable.

De plus, l'organisme répugne à l'absorption trop brutale, de corps uniquement minéraux : il n'accepte que des éléments déjà vitalisés par la constitution organique. Or, la *forme colloïdale* est celle qui s'adapte le mieux aux diverses conditions du fonctionnement vital. Aussi a-t-elle été choisie pour le Globéol, d'autant plus que *l'état colloïdal* a pour effet de suractiver les propriétés médicamenteuses, et surtout celles qui se rattachent à l'activité oxydasique.

On sait également que, si des substances sont synergiques, c'est-à-dire coopèrent au même but, leur association est susceptible d'effets plus puissants que si on ne les utilise qu'individuellement. La constitution du Globéol répondant encore à ce principe, *on comprend qu'on puisse obtenir avec lui les mêmes effets qu'avec les doses massives, sans en avoir les inconvénients*. Dès lors, plus de désagréments ou d'accidents à redouter, tels que noircissement des dents, constipation, troubles congestifs, etc.

Avec le Globéol, *la régénération sanguine est prompte et certaine*. Elle se trouve au maximum, assurée par *l'addition de deux effets de même ordre* : ceux du fer, qui sont familiers à l'organisme, et ceux du manganèse, qui lui semblent plus étrangers mais sont peut-être plus puissants. Ce dernier fait ce que l'autre ne peut pas faire.

Une particularité du Globéol, qui représente encore une nouveauté rationnelle, réside dans l'association à ces deux principes essentiels *d'extraits protoplasmiques totaux des cellules du sang*; et voici quel est le motif de ce choix.

A côté du mal, la nature a placé le remède, et c'est sans doute pour cette raison qu'instinctivement on a recours, pour lutter contre l'anémie, à l'usage, le plus souvent intempestif, de viandes saignantes ou même de sang en nature. Or, *les abus de la suralimentation carnée peuvent entraîner de fâcheuses conséquences*.

De plus, *les extraits de viande ne répondent qu'indirectement à leur but*. Outre qu'ils sont souvent la cause d'accidents toxiques, ils ne font qu'exciter sans nourrir; et d'ailleurs, s'ils enrichissent le sang, c'est surtout en raison du fer qu'ils apportent. Leur action excitante est due à la présence des éléments cellulaires du sang ou aux principes que ces éléments retiennent dans leur trame protoplasmique. Si donc, par un procédé spécial, on parvient à dissocier le tissu résiduel du milieu sanguin, tout en respectant la nature diastasique de ses précieux agents, on pourra obtenir un *extrait opothérapique* qui sera *utile en excitant ce qu'il faut et à la dose voulue*.



*Le complexe colloïdal (fer-manganèse)*, qui est la base organo-minérale du Globéol, fournit l'*appoint fondamental de la cure anti-anémique. Il reconstitue l'organisme, en réparant la lésion sanguine*.

Mais, pour maintenir la guérison, il importe d'assurer le débit régulier de la sécrétion interne des glandes qui président à la formation du sang. Il faut, en un mot, stimuler le tissu hématopoïétique, et c'est à ce but que répond l'adjonction d'extraits protoplasmiques de sang. Ainsi, non seulement *on répare ce qu'il faut et comme il faut*, mais *on excite ce qu'il convient et comme il convient*.

Sous cette double influence, *le malade ne tarde pas à reprendre la vitalité* qu'il avait perdue. Son appétit renaît, grâce, d'ailleurs, à une petite quantité de *quassine* qui prépare les voies digestives à l'absorption d'un excédent de nourriture. Les forces reviennent; les muqueuses et le visage se recolorent; les vertiges disparaissent; la menstruation se régularise. En un mot, le malade se voit, pour ainsi dire, renaître : il éprouve une *sorte de sentiment de résurrection*.

Le Globéol représente donc le *traitement de choix de l'anémie* dans toutes ses formes, tous les états qui en dépendent, toutes les conséquences qui en dérivent.

Le Globéol est le *spécifique par excellence, de la chlorose*, et par conséquent, *des pâles couleurs* chez la jeune fille, à l'époque de la puberté.

Il est le palliatif idéal de *toutes déchéances physiques*, la médication la plus utile du *lymphatisme*, le remède le plus efficace de tous états de débilité, d'épuisement, de faiblesse, de perte d'appétit.

Mais c'est dans la *convalescence* que le Globéol montre sa haute efficacité. Il est véritablement souverain et de nombreuses observations médicales attestent qu'il *abrège singulièrement la durée de la convalescence*. C'est là un fait qui est patent, indiscutable et qui s'explique par son pouvoir spécifique de régénérateur.

Le Dr J. Noé a montré le rôle utile du Globéol dans la tuberculose. « Le Globéol, écrit-il, peut fournir un précieux appoint pour la restauration du terrain chez le tuberculeux, non seulement parce que le fer s'y trouve vitalisé par suite de sa forme colloïdale, mais encore parce qu'il s'y trouve uni à des bases susceptibles de stimuler la digestion, de relever la nutrition et de lutter contre la déchéance hématogénique ». Des faits cliniques multiples prouvent l'efficacité évidente de ce précieux reconstituant.

Le Globéol relève la vitalité en régularisant l'équilibre hématosique, en accumulant des réserves pour la fonction martiale et en excitant la respiration cellulaire. L'intervention biothérapique en est complétée en orientant l'effort réparateur de telle sorte que *les conditions de résistance spécifique du tissu sanguin se trouvent renforcées*.

Le Globéol met donc l'organisme en meilleur état de résistance.

*Il augmente la force de vivre*. Il diminue la fatigue journalière et permet de supporter plus aisément le labeur quotidien. La vie cesse d'être une charge pour qui prend du Globéol. Le Globéol est donc un véritable tonique, mais un tonique sans danger comme les vins de quinquina et les vins alcoolisés qui ont détraqué tant d'estomacs et qui sont proscrits avec juste raison par le corps médical.

L'emploi du Globéol ne rencontre en aucun cas de contre-indication. Il peut être administré dans n'importe quelle maladie et en même temps que n'importe quel autre médicament.

Le Globéol se prend à la dose minimum de : *2 pilules au début de chaque repas*.

Cette dose est doublée avec avantage surtout au début du traitement et peut être continuée sans aucun inconvénient indéfiniment (8 pilules par jour).

Au bout de trois semaines, le médicament peut être suspendu pendant une semaine, pour être repris à la même dose pendant le même laps de temps, et cela tant que le malade a besoin d'être fortifié. La cure est habituellement de quatre mois.

Le Dr Étienne Crucéanu fait remarquer qu'avec le Globéol « l'appétit renaît rapidement, les forces reviennent et le malade ne tarde pas à éprouver une sorte de *sentiment de force*, de *vitalité nouvelle* qui lui font prendre un goût nouveau à la vie ».

Et le praticien conclut ainsi : « C'est un tonique de premier ordre qui, contrairement aux excitants habituels, manifeste une *action réellement utile et persistante* ».

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**La méningite syphilitique aigüe**, par MM. L.-M. Bonnet, Médecin de l'Antiquaille, et Noël Goujat. (*Lyon Médical.*)

La *ponction lombaire*, pratiquée dans un but de simple exploration, produit habituellement une amélioration bien nette. Elle fut évidente dans notre cas personnel, et dans plusieurs autres, notamment celui de Ravaut et Darré, où chaque nouvelle ponction avait le même résultat heureux.

C'est un adjuvant, un palliatif auquel il ne faut pas hésiter à recourir.

Le *traitement réel* consiste, naturellement, en mercure et en iodure. Le premier sera donné de préférence sous forme d'injections solubles. Nous croyons cependant que dans les cas traînants, il y aurait parfois avantage à essayer le calomel.

Le traitement doit être très intense. La scène aiguë disparue, on se méfiera des rechutes si fréquentes. L'huile grise convient à ce moment.

*Quel est le résultat de ce traitement ?*

En général, les auteurs semblent croire que

la guérison est forcée si le traitement est précoce et intensif; et c'est pour cela qu'ils considèrent la méningite syphilitique comme une affection bénigne.

C'est là une opinion *a priori*.

La réalité est que le traitement, même très précoce et très fort, échoue dans un nombre important de cas. En effet, *dans tous les cas mortels on voit qu'on avait pratiqué un traitement présentant toutes les garanties désirables* (précocité, dose, mode d'administration).

Cela ne veut pas dire qu'il soit inutile de traiter les méningites; car si le traitement échoue parfois, il réussit plus souvent, puisque grâce à lui, il n'y a eu que sept morts sur vingt cas. Seulement, il faut être bien prévenu que, malgré le traitement le mieux fait, on a non pas la certitude, mais seulement *deux chances sur trois*, de guérir son malade.

Ce n'est pas d'ailleurs une chose spéciale à la méningite. Tout le monde sait que l'on rencontre de temps en temps les lésions syphilitiques sur lesquelles le traitement semble avoir une action faible ou nulle; cela est particulièrement fréquent pour les syphilis cérébrales précoces. et l'un de nous en rapportait récemment un bel exemple (24).

En résumé, en traitant la syphilis activement et dès son début, on met le malade dans les meilleures conditions pour ne pas avoir de méningite; mais on n'est pas sûr qu'il l'évitera, car il y a des syphilis malignes, dont les accidents se développent malgré le traitement préventif. Pour la même raison, une fois la méningite déclarée, le traitement réussit assez souvent, mais pas toujours.

## THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

# Un Perfectionnement de la Médication iodée

La vieille thérapeutique enseigne que les médicaments n'agissent qu'en solution, *nisi soluta non agunt*. Sans doute, veut-elle dire par là qu'ils ne se montrent efficaces que grâce à leur extrême divisibilité et que cette condition nécessaire se trouve réalisée au plus haut degré de perfection par l'état moléculaire qui caractérise la solution. Mais tons les corps dont la chimie a doté la matière médicale sont loin d'être solubles au même degré, et les métaux, comme les métalloïdes, ont été longtemps inutilisables à l'état simple, sous cette forme pharmacologique. Pour en tirer parti il a fallu recourir à un artifice de préparation, consistant à utiliser en leur lieu et place leurs sels solubles : c'est ainsi qu'encore actuellement le nitrate d'argent, le chlorure d'or, l'iodure de potassium, etc., figurent dans les prescriptions médicales toutes les fois que les indications réclament l'emploi de l'argent, de l'or, de l'iode.

Cette façon de faire ne va pas sans certains inconvénients : elle comporte une posologie et un dosage qui s'appliquent au sel lui-même, puis elle modifie l'action de l'élément simple, lequel n'intervient plus en nature, mais en tant que partie d'un tout complexe, possédant des propriétés bien particulières. En outre, la libération dans l'organisme de l'élément basique n'est soumise à aucune mesure : elle peut s'opérer d'une façon massive et donner lieu à des accidents.

La découverte des métaux colloïdaux a donc réalisé un progrès considérable, puisqu'elle a permis de recourir d'emblée à l'administration médicamenteuse des métaux dans des conditions moléculaires se rapprochant de très près de l'état de solution : les grains métalliques colloïdaux suspendus dans le véhicule liquide sont, en effet, tellement minuscules que l'ultra-microscope permet à peine d'en déceler la présence.

Sans entrer dans le détail des travaux des Robin, des Iscovesco, des Bardet, des Stodel, etc., rappelons que ces corps, dénommés par ailleurs *métaux-ferments*, doivent leur nom à l'analogie de propriétés qu'ils possèdent avec les colloïdes organiques, notamment à la lenteur de leur passage à travers la membrane d'un dyaliseur.

Les premières réalisations dans cet ordre d'idées n'ont concerné que certains métaux, tels que l'argent, l'or, le platine. On sait que, d'après Bredig, le meilleur moyen pour préparer une solution colloïdale d'un métal, consiste à faire jaillir une étincelle électrique entre deux électrodes de ce métal plongées dans de l'eau distillée.

Mais le temps a marché, et les recherches dans une voie qui promet d'être féconde en résultats pratiques, ont abouti à l'application de la transformation colloïdale aux métalloïdes, et plus particulièrement à l'*iode*.

La méthode physique de préparation par le courant électrique étant ici difficilement utilisable, c'est à la chimie qu'on a eu recours, en combinant, par un procédé particulier, l'iode avec des colloïdes d'origine albumino-végétale, et en purifiant par dyalise, le *Collo-Iode* ainsi obtenu (1).

Le *Collo-Iode* est doué d'une puissance catalytique intense dont témoigne son action décomposante sur l'eau oxygénée. Il est caractérisé, en outre, par sa teneur élevée en iode. Enfin, il est doué d'une toxicité insignifiante et met en liberté dans le tube digestif l'iode *à l'état naissant*, avec une lenteur telle que les quantités ainsi libérées suffisent exactement aux besoins de réparation ou de modification des tissus et des humeurs, sans qu'on n'ait jamais à craindre ces décharges massives qui imposent un travail d'élimination intensif aux muqueuses et créent l'*iodisme*.

Ainsi basé sur les théories scientifiques les plus récentes, le *Collo-Iode* est donc, pour la thérapeutique, une acquisition grandement précieuse, car il permet d'appliquer la médication iodée sous une forme qui est à la fois la plus rationnelle, la plus efficace et la moins nocive. Toujours constants et palpables en sont les effets, soit qu'il s'agisse de dépurer l'organisme et de renforcer ses moyens de défense en prévoyant une abondante mononucléose, soit qu'on veuille améliorer la circulation cardio-pulmonaire, soulager le travail du cœur, combattre l'hypertension génératrice d'artério-sclérose, etc., etc.

C'est dire qu'il ne se passera guère de jour sans que les médecins aient l'occasion de s'adresser à un médicament qui leur promet le maximum de résultats utiles avec le minimum d'inconvénients. Combien en est-il, dans la pharmacopée moderne, dont on puisse valablement dire autant?

(1) Cette combinaison a été spécialisée par M. Henri Dubois.

# REVUE CLINIQUE

**La triade symptomatique du chancre amygdalien**, par M. le professeur Dieulafoy (Hôtel-Dieu).

Voici un malade qui nous est venu avec la suspicion de chancre de l'amygdale. Après l'avoir fait se gargariser pour déterger sa gorge, nous l'avons examiné et nous avons trouvé son amygdale droite un peu volumineuse, un peu ulcérée, un peu déchiquetée. L'affection remontait à une dizaine de jours, et il s'agissait de faire un diagnostic.

L'hypothèse de chancre avait été mise en avant. C'est là un diagnostic important, puisqu'une erreur dans un sens ou dans l'autre a des conséquences graves. Le diagnostic est donc essentiel.

Ce n'est pas la première fois que j'aborde ce sujet. Je l'ai déjà traité en 1898, dans une série de leçons. Je n'ai pas pour habitude de répéter mes leçons; toutefois, quand un cas comme celui-là se présente dans le service, je ne saurais le laisser passer inaperçu; et puis il est quelques points de vue nouveaux que j'aurai à vous signaler.

Le chancre amygdalien est polymorphe et voici sommairement rappelées ses principales formes cliniques.

Dans une première forme, il s'agit de malades venant nous trouver pour un mal de gorge avec fièvre, 39° par exemple, une grosse amygdale recouverte d'enduit pultacé. Vous pensez au premier abord à une angine banale. Le malade se gargarise, et revient vous voir au bout de 3 ou 4 jours, toujours dysphagique, se plaignant de sa gorge encore. Vous regardez : l'amygdale est grosse, violacée. Vous éloignez l'idée d'abcès et vous pensez au chancre. Il peut n'y avoir aucune érosion visible. De même qu'il existe des chancres nains des organes génitaux, de même il peut exister des petits chancres cachés dans les anfractuosités de l'amygdale. Vous ne les voyez pas et l'affection simule une angine.

Autre forme: amygdale volumineuse, violacée, avec une érosion suspecte.

Troisième forme : Le malade crache des membranes, vous en trouvez et en enlevez sur l'amygdale. C'est la variété diphtéroïde du chancre.

Quatrième forme : Le malade a une dysphagie violente, son haleine a une odeur infecte, son amygdale est volumineuse, grisâtre, noirâtre, comme céphacélée. Dans une observation de Laboulbène, l'amygdale fut enlevée et 15 jours après survint une roséole.

Enfin, autre forme, rare, que j'ai réservée pour terminer. C'est la forme véritablement ulcéreuse. Je ne cesse de répéter que le chancre n'est pas une ulcération. Le syphilome primitif est une petite tumeur qui s'exulcère. Il est toutefois des observations de chancre creusant; c'est une variété rare, je le répète.

Ces différents types doivent vous venir à l'esprit quand vous examinez un malade dans ces conditions.

Eh bien, de quoi est atteint notre malade? Est-ce un chancre, est-ce autre chose? Toutes les ulcérations amygdaliennes ne sont pas syphilitiques et même le fait d'une ulcération doit plutôt faire rejeter l'idée de chancre. Il existe des ulcérations des amygdales bien étudiées par Vincent et connues sous le nom d'angine de Vincent. Il s'agit d'un mal de gorge siégeant sur l'une ou les deux amygdales. Les tonsilles intéressées sont recouvertes d'abord de fausses membranes comme dans la stomatite ulcéro-membraneuse. Enlevées, on aperçoit au-dessous une excavation. Pendant 15 jours, 3 semaines, l'amygdale reste ulcérée. C'est une infection amygdalienne dans laquelle deux microbes interviennent: des spirilles et des bacilles fusiformes.

Je reviens au diagnostic de chancre de l'amygdale. Il est une triade symptomatique sur laquelle on basera ce diagnostic. Cette triade est la suivante :

1° L'unilatéralité de la lésion. La plupart des amygdalites (9 fois sur 10) sont bilatérales. Le chancre est 29 fois sur 30 unilatéral.

2° L'induration de l'amygdale. La tonsille, dans le chancre, est indurée. L'induration est assez difficile à sentir. Introduisez dans la bouche le doigt armé d'un gantier, et usez du palper bimanuel. Du côté sain, vous trouvez l'amygdale molle et du côté atteint elle est dure.

3° Enfin, et c'est là le signe principal, il y a adénopathie, pléiade ganglionnaire. Allez rechercher au cou la pléiade ganglionnaire et vous sentirez derrière la machoire, au niveau du sterno-mastoïdien, des ganglions indolents, roulant sous le doigt.

Voilà les trois signes essentiels, qu'il faut retenir. Chez notre malade, l'affection est unilatérale, mais il n'existe ni induration, ni pléiade ganglionnaire. On ne trouve pas trace de ganglions, ni latéraux, ni descendants.

Nous avons éloigné le diagnostic de chancre et nous nous sommes arrêtés à celui d'angine de Vincent.

J'ai déjà signalé ces données dans mes leçons de 1898. Je pourrais en rester là. Mais les années ont passé. Depuis douze ans, des faits nouveaux se sont produits; le laboratoire est venu compléter la clinique. Nous connaissons le spirochète de la syphilis, nous avons l'ultra-microscope. Il peut intervenir dans le diagnostic.

Si nous avions eu un démenti du laboratoire, si nous avions vu sur la préparation microscopique des tréponèmes pâles, qu'aurions-nous dit? Aurions-nous accordé crédit à la clinique ou au microscope? La science progresse mais elle n'éclaire pas toujours les questions. Voici une planche qui représente différents spirochètes, le spirochète de Vincent, le tréponème de

la syphilis, le spirochète refringens et le pseudo-tréponéme, car il y a un tréponéme pseudo-syphilitique comme il y a un bacille pseudo-diphtérique. En pratique, il ne fant pas les confondre. Leurs types extrêmes se différencient aisément; les formes intermédiaires s'avoisinent. La question est délicate. De même qu'il peut exister dans la cavité buccale non malade des bacilles pseudo-diphtériques, de même, il peut s'y trouver des tréponémes pseudo-syphilitiques qu'on ne doit pas prendre pour des tréponémes pâles.

Si, dès lors, on venait nous dire: « Vous avez fait un diagnostic de maladie de Vincent. Eh bien, l'ultra-microscope montre des tréponémes pâles ». Je répondrais: « Cliniquement, j'ai affirmé que ce malade n'avait pas un chancre. Il faut y regarder de plus près. Le tréponème pseudo-syphilitique a bien des ressemblances avec le tréponème pâle. En cette matière, on doit prendre garde à l'erreur ».

On ne doit se ranger, au cas de doute, qu'à l'avis d'un bactériologiste autorisé.

Pour ce qui concerne notre malade, l'examen microbiologique a montré des spirilles et des bacilles fusiformes de Vincent. Il concorde pleinement avec le diagnostic clinique.

**Fièvre typhoïde grave, apyrétique, simulant une infection puerpuérale. Hémoculture positive.**

MM. Brulé et René Toupet apportent l'observation suivante. La malade entra dans le service du Dr Quénu après un avortement de 3 mois et un curettage, pratiqué d'urgence, ramena des débris placentaires fétides.

L'état général était grave : prostration, délire tranquille, langue rôtie, dyspnée et albuminurie; mais il n'y avait ni lochies fétides, ni signes péritonéaux. Par ailleurs n'existait aucun des symptômes habituels de la fièvre typhoïde : ni taches rosées, ni splénomégalie, ni symptômes intestinaux, la diarrhée manquait. La courbe thermique était, en outre, particulièrement anormale et oscillait entre 37° et 37°6, tandis que le pouls était très accéléré. La mort survint vers le 3e septénaire au milieu de symptômes ataxo-adynamiques.

Cependant les examens de sang avaient prouvé qu'il ne s'agissait pas d'infection puerpérale, mais d'une septicémie éberthienne ayant provoqué l'avortement : le séro-diagnostic était fortement positif; l'hémoculture pratiquée à deux reprises et à intervalles éloignés décela, malgré l'apyrexie, la présence du bacille d'Eberth dans la circulation.

A l'autopsie, les lésions intestinales étaient minimes : on trouvait dans la bile, quarante-huit heures après la mort, des bacilles d'Eberth en culture pure. *(Soc. méd. des Hôp.)*.

## REVUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

**Les eaux minérales en bouteilles n'étant pas comprises dans le « tarif Dubief » ne peuvent être prescrites à un accidenté du travail que s'il consent à les payer de ses propres deniers** (*Sem. méd.*).

La décision suivante, rendue le 11 mars dernier, par M. de Leiris, juge de paix du XIVe arrondissement de Paris, tranche, dans le sens indiqué ci-dessus, la question de la fourniture d'eaux minérales prescrites par le médecin et livrées par le pharmacien de la victime d'un accident de travail.

« Attendu que, le 9 novembre 1908, Y..., ouvrier au service de la Société anonyme des bitumes et asphaltes du Centre, a été victime d'un accident du travail, à l'occasion duquel il a reçu les soins du docteur N... ;

« Attendu qu'au cours du traitement, le docteur N..., a prescrit à Y..., divers médicaments et l'emploi d'un certain nombre de bouteilles d'eau de Vichy figurant dans la facture, pour 21 francs;

« Attendu que, par exploit du 23 février 1909, X... a fait citer la Société anonyme des asphaltes du Centre, en condamnation au paiement de ces fournitures;

« Attendu que la Société défenderesse, prétextant qu'en vertu de la loi du 9 avril 1898 et du tarif Dubief, elle n'était pas obligée de supporter la portion de la facture afférente à la livraison des bouteilles d'eau de Vichy, a, de son côté, par autre exploit du 2 mars, appelé le docteur N... en garantie, lequel a fait cause commune avec le demandeur, de manière que la contestation soit régulièrement engagée à tous égards;

« Attendu qu'il ne s'agit pas au procès d'apprécier la valeur du traitement institué par le docteur N..., ni de révoquer en doute le fait matériel de la fourniture par X... à Y... des bouteilles d'eau de Vichy, mais, uniquement, de savoir si le coût de cette fourniture peut être réclamé à la Société défenderesse ;

« Attendu qu'il est dit, en l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, ainsi qu'il est modifié par la loi du 31 mars 1905, que « la victime peut toujours faire choix elle-même de... son pharmacien, et que, dans ce cas, le chef d'entreprise n'est tenu des frais pharmaceutiques que pour la somme fixée par le juge de paix, conformément à un tarif qui sera arrêté par le ministre du Commerce » ;

« Attendu que cet arrêté, connu, en pratique, sous le nom de « tarif Dubief », a été rendu le 30 septembre 1905; que, dans la nomenclature très détaillée qui s'y trouve, on ne voit mentionnée aucune eau minérale; qu'il suit de là que l'eau de Vichy, en particulier, est exclue des produits dont le paiement incombe au chef de l'entreprise, et que, par voie de conséquence, il y a lieu de déduire de la facture de X... la somme de 21 francs, afférente aux trente bouteilles d'eau de Vichy qui y sont portées, d'ou cette facture ramenée à 53 fr. 15;

« Par ces motifs, condamne la Société anonyme des bitumes et asphaltes du Centre à payer à X... la somme de 53 fr. 15 et, faute d'offres réelles en temps voulu, les deux tiers des dépens; dit que le surplus des dépens sera à la charge de X... et du docteur N... »

## CARNET DU PRATICIEN

**Grippe chez l'enfant**

Comme antipyrétiques et analgésiques, employer: l'antipyrine, le pyramidon, la salipyrine, la phénacétine, le citrophène, le salophène.

Comme toniques utiliser : le quinquina, la quinine ou ses sels, l'aristochine, l'euquinine, le quinoforme (formiate basique de quinine).

On peut formuler :

| | |
|---|---|
| Caféine | 0 gr. 10 |
| Chlorhydrate de quinine | 0 gr. 20 |
| Salipyrine | 0 gr. 30 |
| Benzoate de soude | 1 gr. |
| Eau distillée | 20 gr. |
| Sirop de mûres | q. s. p. 80 cmc. |

(Par cuillerées à soupe dans les 24 heures).

Contre le coryza, mettre dans le nez un peu de la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Fleur de soufre | 0 gr. 20 |
| Chlorétone | 0 gr. 50 |
| Vaseline | 30 gr. |

Contre les phénomènes pulmonaires :

Cataplasmes sinapisés.

Potion avec :

| | |
|---|---|
| Terpine | 1 gramme |
| Benzoate de soude | 1 — |
| Extrait de quinquina | 0 gr. 50 |
| Sirop de Tolu | 40 gr. |
| Sirop de coquelicot | 40 gr. |
| Eau de tilleul | q. s. p. 120 cmc. |

Agiter. (Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.)

Contre l'anorexie consécutive, une cuillerée à soupe avant chaque repas, de :

| | |
|---|---|
| Teinture de badiane | 1 gramme |
| — colombo | 1 — |
| — noix vomique | 0 gr. 25 |
| Sirop de gentiane | 100 gr. |
| Sirop de cerise | q. s. p. 150 cmc. |

(DEGUY.)

**Impétigo**

Le premier acte du traitement consiste à faire tomber les croûtes ; quelques cataplasmes ou ouataplasmes en viennent à bout. Sur le cuir chevelu, il est bon de faire précéder leur application d'un badigeonnage à la vaseline.

Une fois les croûtes tombées, on lave avec des solutions parasiticides. Le sublimé est une des plus actives, mais demande des précautions. L'eau oxygénée à 12 volumes bien préparée est un excellent agent très recommandable.

L'alcool camphré, l'alcool acidifié réussissent fort bien, mais sont un peu plus douloureux. L'Eau d'Alibour a été très prônée.

| | |
|---|---|
| Eau distillée camphrée et filtrée | 300 gr. |
| Sulfate de zinc | 2 — |
| Sulfate de cuivre | 1 — |

On l'étend de deux à trois fois son volume d'eau bouillie.

Enfin, on tient en permanence sur les lésions la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Acide borique | āā |
| Lanoline | āā |
| Vaseline | āā |

On ne doit pas manquer de poursuivre les efflorescences dans les narines, etc. Dans le nez, on fait tomber les croûtes, on lave avec de l'eau salée et on met trois à quatre fois par jour:

| | |
|---|---|
| Résorcine | 1 gr. |
| Lanoline | 20 — |

et mieux encore, surtout chez les jeunes enfants.

| | |
|---|---|
| Iodol | 1 gr. |
| Lanoline | 10 — |

Pour le bord des paupières

| | |
|---|---|
| Oxyde jaune de mercure | 1 gr. |
| Lanoline | 12 — |
| Vaseline | 12 — |

Le traitement de l'impétigo du cuir chevelu n'est pas différent : ablation des croûtes, lotions antiseptiques, pommade boriquée.

On sait que l'impétigo de la face s'accompagne assez souvent de lésions de même nature sur la muqueuse des lèvres et même des joues. On peut considérer la *perlèche commissurale* comme rentrant dans son cadre. On badigeonnera les fissures et les érosions des muqueuses deux ou trois fois par jour avec :

| | |
|---|---|
| Sulfate de zinc ou sulfate de cuivre | 1 gr. |
| Eau distillée | 100 — |

ou avec :

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent | 1 gr. |
| Eau | 75 — |

En cas d'abcès intra-épidermique, on le mettra à nu en enlevant l'épiderme décollé, on lave à l'eau oxygénée, deux fois par jour, on sèche et on badigeonne toute la surface, surtout les bords, avec :

| | |
|---|---|
| Bleu de méthylène | 1 gr. |
| Eau bouillie | 100 — |

et on panse avec la poudre d'acide borique. Si l'érosion est saignante, un pansement au vin aromatique est le meilleur moyen de hâter la restauration de la couche cornée. AUDRY.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 50.000 exemplaires.*
Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau
Gérant : Docteur LUCIEN-GRAUX.

# TRAITEMENT DES VARICES

Les varices sont assurément au nombre des affections qui causent aux malades le plus de tourments et au médecin le plus de déceptions. Pareille constatation est d'autant plus regrettable que la phlébectasie est d'une fréquence extrême et qu'à son propos, plus particulièrement l'été, nous sommes à tout moment consultés.

Bon nombre de moyens thérapeutiques ont été cependant préconisés contre les varices, mais cette abondance de traitements ne fait que dissimuler une pauvreté réelle. Sans doute, les progrès de la chirurgie moderne assurent, en certains cas, des résultats triomphants, mais il n'y a pas lieu d'en exagérer les bienfaits : en dehors des complications possibles de phlegmons, de phlébites et de pyohémies, M. le professeur Reclus, tout le premier, déclare que l'extirpation des paquets variqueux, leur section sous-cutanée ou à ciel ouvert, la ligature simple ou double avec ou sans excision du segment vasculaire, demeurent trop souvent inefficaces : les altérations des parois persistent et les dilatations variqueuses se reproduisent.

Au surplus, ces interventions chirurgicales ne sauraient convenir qu'aux phlébectasies graves et compliquées, et notre thérapeutique doit se contenter de procédés curatifs plus simples, plus doux, mieux applicables à la pluralité des cas.

Une première indication, évidemment très rationnelle, est de conseiller aux variqueux le repos et la position elevée du membre, de façon à dissiper l'œdème et à favoriser la circulation en retour : mais interdire aux patients tout travail et les condamner à l'immobilité sont choses tout à fait irréalisables en pratique.

Les malades acceptent plus volontiers la compression du membre à l'aide d'un bas ou d'une bande élastique : on peut de la sorte empêcher les gonflements veineux, les crampes musculaires, les douleurs gravatives et les pesanteurs névralgiques, qui sont le cortège habituel des varices. Cependant il ne faut point s'illusionner sur l'efficacité de ce moyen, qui a pour mauvais côté de porter entrave aux fonctions de la peau. Il importe, en tout cas, de surveiller avec soin l'usage de ces appareils compressifs, car ils ne doivent être ni trop étroits, ce qui est fréquent lorsqu'on les achète, ni trop larges, ce qui ne manque point d'arriver au bout de quelques jours. D'ailleurs, il ne s'agit là que d'un traitement purement palliatif, seulement susceptible de résultats éphémères.

En ce qui concerne les moyens médicaux véritablement curatifs, notre arsenal — il faut bien le reconnaître — est d'une indigence absolue, à tel point que nos grands traités de médecine sont muets à cet égard et font ainsi l'aveu de notre trop réelle impuissance.

Deux médicaments, il est vrai — l'Hydrastis canadensis et l'Hamamelis de Virginie — ont été vantés comme d'utiles agents de traitement et ont même bénéficié, jusqu'en ces dernières années, d'une certaine vogue. Mais les praticiens sont aujourd'hui unanimes à considérer leur action comme infidèle, incertaine et toujours inefficace. C'est ainsi que Guy, l'assistant de Dujardin-Beaumetz, qui s'est beaucoup occupé de l'Hydrastis, dit avoir constaté parfois ses effets sur les hémorroïdes, mais jamais la moindre amélioration dans les varices des membres. Planchon et Collin, dans leur traité des drogues simples, concluent à l'inefficacité complète de l'Hamamelis, et Reclus déclare pareillement que ses bons effets sont illusoires.

L'échec de ces médications rendrait vaine toute thérapeutique active contre les varices si des explorateurs n'étaient venus, tout récemment, prêter à la science le précieux secours de leur expérience et de leurs observations. En parcourant l'Inde, ils ont remarqué que les varices étaient totalement inconnues à certaines peuplades, bien qu'exposées par leurs travaux à une station verticale longtemps prolongée, et ils ont appris, grâce à d'habiles enquêtes, que tout le secret de cette invulnérabilité veineuse consistait en l'ingestion de plantes astringentes, dépuratives et vaso-constrictives.

Ce sont ces plantes exotiques, scientifiquement étudiées et associées, qui forment la base d'une médication antivariqueuse étonnamment active, présentée au corps médical sous le nom de *Varicure Mark*.

Le produit est spécialement redevable de ses mérites thérapeutiques à une rubiacée de l'Inde, le « Rubia Manjista », sorte de garance dont elle diffère cependant en ce que celle-ci n'est douée que de propriétés tinctoriales. C'est une plante assez peu répandue dans l'Inde en raison des difficultés de sa récolte et assez peu aisée à se procurer, les indigènes la gardant jalousement. Il importe, en outre, qu'elle soit traitée à l'état frais et qu'elle subisse plusieurs fermentations successives.

Le *Varicure Mark*, dont quelques-uns de nos maîtres ont contrôlé la très haute valeur thérapeutique, apparaît donc comme l'agent à la fois préventif et curatif des maladies des veines. Grâce à ses principes dépuratifs, toniques et vaso-constricteurs, il exerce une action directe sur les parois des vaisseaux, dont les altérations se réparent, dont les infiltrations et l'hyperplasie rétrocèdent, dont le calibre et le tonus redeviennent normaux. On observe parallèlement l'amélioration de tous les symptômes : les masses variqueuses s'affaissant, les œdèmes se fondent, les troubles de sensibilité disparaissent, la marche redevient facile.

Devant l'inefficacité notoire des médicaments antivariqueux, le *Varicure Mark* est, sans conteste, une acquisition thérapeutique précieuse, que le corps médical ne saurait manquer d'accueillir avec grande faveur. Dr Barlon.

N.-B. — Le **VARICURE MARK** est préparé au **Laboratoire Hygiénique**, 10, rue de la Pépinière, à Paris, où les Confrères trouveront tous renseignements désirables auprès du Directeur.

Prix du traitement complet : 10 francs.

A titre purement médical et exceptionnel et dans le but de prouver les effets vraiment surprenants de ce produit, le traitement sera envoyé franco contre valeur de 6 francs dans la lettre de commande.

VILLES DE SAISON

## CE QUI SE PASSE

**La saison.**

La saison va commencer et, comme d'habitude, nous publierons ici les informations relatives aux villes d'eaux capables d'intéresser nos confrères. Nous prions nos correspondants et nos amis de nous envoyer tous documents à cet effet.

**A l'Académie.**

Demandes d'autorisation pour les sources l'*Etoile Polaire*, à St-Yorre (Allier), *Sirène*, à Vals-les-Bains (Ardèche) et *Merveille*, à Noyers-sur-Jabron (Basses-Alpes).

**La fraude des eaux minérales.**

Il y a un intérêt puissant à éviter la fraude des eaux minérales qui, on le sait, se pratique ouvertement dans la plupart des restaurants... et ailleurs.

L'Exposition de physiothérapie nous a bien renseignés à ce sujet. Demander tous documents de notre part à M. Weissenthanner, 8, rue Voltaire, Montreuil-sous-Bois (Seine). C'est une œuvre utile entre toutes.

**Capitaliste.**

Un capitaliste de nos amis mettrait des fonds dans une affaire d'eaux minérales réellement sérieuse et intéressante. Ecrire avec détails.

## ÉCHOS

**Marques.**

Nous rappelons que, d'après nos contrats, MM. Weissmann et Marx, 90, rue d'Amsterdam, à Paris, donnent, à titre gracieux, à nos lecteurs, tous renseignements concernant les marques de fabrique.

**Note remise à M. le Ministre de l'Instruction publique par la délégation du IIIe Congrès des Praticiens.**

Au début de l'année 1908, et à la suite des incidents provoqués par le concours d'admissibilité à l'agrégation, vous avez reçu, sur la demande de M. Clémenceau, président du Conseil, la visite d'une délégation comprenant des représentants de l'Union des Syndicats médicaux de France, du Comité de Vigilance du Congrès des Praticiens, des Syndicats de la Seine et de Paris, de la Société de l'Internat, de l'Association corporative des Etudiants en médecine, auxquels s'étaient joints des médecins des hôpitaux et des candidats au concours.

Cette délégation vous a remis un mémoire demandant la nomination d'une Commission, composée à parties égales de représentants des praticiens et de membres du Corps enseignant, chargée d'étudier et de résoudre la question du recrutement des maîtres auxiliaires des Ecoles de médecine.

Ainsi constituée, cette Commission aurait pu délibérer en pleine indépendance, sans autre intérêt que celui de l'enseignement médical. Aucune réponse n'a été donnée depuis un an aux groupements qui formaient la délégation.

Le Congrès des Praticiens qui vient de se tenir à Paris, du 7 au 10 avril, qui a réuni douze cents médecins et auquel ont pris part les délégués de cent quarante groupements professionnels, représentant plus de dix mille praticiens, nous a donné, à l'unanimité, le mandat de vous réclamer en son nom, la suppression pure et simple du concours d'agrégation, ceci d'accord avec les votes émis en 1907 par le premier Congrès et en 1908 par le second.

Nous vous rappelons en quelques mots les arguments sur lesquels le Corps médical s'appuie pour demander la suppression de l'agrégation :

Cette institution qui ne se rencontre pas en dehors de notre pays, et qui a été établie sous la Restauration, donne à nos Ecoles de médecine le caractère de Corps fermés, isolés du milieu médical.

Elle crée une barrière administrative entre maîtres et praticiens, au préjudice évident des uns et des autres, de l'activité collective et de l'union du Corps médical.

Elle limite le nombre des maîtres d'une manière nuisible à l'enseignement ; elle laisse en dehors des Ecoles un grand nombre d'hommes qui disposent de matériaux techniques ; elle impose à l'enseignement un caractère verbal ; elle empêche la décentralisation de l'enseignement et que l'hôpital devienne un centre d'enseignement, ce que votre Administration considère comme un idéal qu'elle devrait permettre aux médecins de réaliser, puisqu'elle ne peut le faire elle-même.

Nous n'insistons pas sur les scandales qui ont existé dans les concours antérieurs et qui existeraient dans les concours futurs, aucun système ne pouvant empêcher les maîtres de nos Ecoles de nommer leurs élèves, ce que nous trouvons absolument naturel.

Le Corps médical poursuit la réforme de son enseignement dans un sens professionnel et scientifique, il est d'accord sur les transformations nécessaires. Pour que nos Ecoles deviennent des foyers d'observation et d'expérimentation, des centres de libre travail, d'enseignement technique, des hommes dont l'autorité est universelle, le Directeur de l'Institut Pasteur, quelques professeurs même, considèrent avec nous la suppression de l'agrégation de médecine comme urgente.

Une Association de membres du Corps enseignant a été fondée pour perpétuer le système actuel ; il est apparu aux hommes les moins prévenus, qu'elle avait pour but de défendre des intérêts qui se croient lésés et sont opposés à ceux des médecins, des étudiants et du public. Elle a réclamé le maintien de l'agrégation à la suite de discussions qui n'ont rien eu de contradictoire, où aucune opinion impartiale n'a pu se faire jour.

Nous ne croyons pas cependant qu'une organisation nouvelle de nos Ecoles, leur assurant plus de liberté, d'initiative, autorisant une plus grande activité de leurs membres, puisse nuire aux maîtres qui y enseignent.

Nous croyons ouvrir aux médecins les plus jeunes, et aux étudiants, une carrière plus large et plus féconde, préparer, surtout en province, une renaissance scientifique dans l'ordre médical ; nous croyons lutter simplement contre des préjugés, des habitudes, des intérêts particuliers. L'agrégation représente une institution nuisible à l'intérêt général, c'est-à-dire à celui de la République, et nous voudrions croire qu'il constitue votre unique préoccupation.

Les médecins veulent des Ecoles ouvertes, où tout praticien ayant des aptitudes pour l'enseignement puisse se faire une place, où la place qu'il occupe soit subordonnée aux services qu'il rend à la science, à l'enseignement et aux élèves, non aux basards d'une épreuve ou au nom des juges qui composent le jury.

Nous vous demandons de donner satisfaction aux vœux des Congrès de Praticiens appuyés par l'assentiment du Corps médical.

**IIe Congrès international du froid.**

Du 6 au 11 octobre prochain, s'ouvrira à Vienne le IIe Congrès international du froid.

La cotisation au Congrès est de : 20 francs pour les membres titulaires et de 10 francs seulement pour les membres faisant partie de l'Association internationale du Froid.

La cotisation des membres associés (membres de la famille du congressiste) est de 10 francs. Ces derniers membres bénéficient de la réduction des transports jusqu'à Vienne.

Les inscriptions doivent être adressées au secrétariat, 10, rue Denis-Poisson, Paris.

**Les accouchements dans les hôpitaux (1).**

La dépopulation et la stérilité relative des Françaises leur laissant des loisirs, les accoucheurs des hôpitaux ont cherché des débouchés. Ils les ont trouvé en chirurgie. Dans les Maternités, on opère presqu'autant actuellement que dans le service de chirurgie le plus absorbant. On opère tout, — tout ce qui concerne l'art de l'obstétrique, — bien entendu, et aussi les à-côtés, tant et si bien que les chirurgiens se sont émus et se sont plaints. Une commission, nommée par l'Assistance publique, s'est réunie, qui comprenait 9 membres, et par 6 voix contre 3 (celles des accoucheurs) les lits chirurgicaux ont été retirés.

Ceci prouve deux choses : d'abord que la spécialité ne doit pas être un vain mot, et qu'elle doit se cantonner dans ses études sans empiéter sur le domaine des autres, et qu'une fois de plus le proverbe est vrai : « Chacun son métier, etc.....», il serait irrévérencieux d'achever. Faisons remarquer ensuite que ce n'est pas d'aujourd'hui que l'art des accouchements a cherché à étendre son domaine, et que si, aux temps mythologiques, Lucine était la déesse des femmes en gésine, elle a été aussi invoquée à la place de Diane, la déesse de la chasteté, et aussi de Junon..., la déesse de l'orgueil.

Mais, nous dira-t-on, quel rapport y a-t-il entre ce que font les accoucheurs et un syndicat de praticiens ?

Ceci d'abord, que je ne sais si les conclusions de la Commission ont été observées, car on opère encore dans les Maternités.

Cela ensuite, qu'un syndicat de praticiens ne doit jamais se désintéresser d'un état de choses qui fait qu'une partie des accouchées va de plus en plus chez les sages-femmes agréées de la ville. En 1909, il y en a eu 11.054, en augmentation de près de 6.000 sur 1908. Les femmes, accouchées chez les sages-femmes, sont souvent des clientes enlevées à leur médecin.

Et puis, il faut bien dire ceci, c'est que la majorité des cas d'abus d'hospitalisation gratuite se produit en chirurgie. Faire de la chirurgie dans les Maternités est ouvrir la porte un peu plus grande aux abus. Voilà pourquoi si l'Assistance publique se plaint avec juste raison des 500.000 francs que lui coûtent les sages-femmes agréées, nous, praticiens, nous devons nous demander si cet état de choses n'est pas préjudiciable a nos finances personnelles.

L. A.

(1) *Bulletin du Syndicat médical de Paris.*

# POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

### DEMANDES

**Docteur** reprendrait contre indemnité même élevée bon cabinet de consultations ou clinique. Seulement affaire ayant caractère médical sérieux. (2207)

**Jeune Docteur** désire reprendre aussitôt que possible à Paris clientèle bien assise de 12 à 15.000. (2206)

**Docteur** cherche poste à 2 heures maximum de Paris. Etre seul médecin sans faire la pharmacie. Recettes minimum 10.000. (2205)

**Docteur** désirerait trouver dans le Centre poste de 11 à 12.000 mais susceptible d'augmentation. De préférence chef-lieu de canton. (2204)

**Etudiant sérieux** ayant références désire trouver remplacements à Paris, place d'assistant dans clinique, gardes, etc. (2202)

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 30.000 pour laquelle il paierait comptant l'indemnité qui lui serait demandée. (2201)

**Docteur actif**, références et 10 ans de pratique ferait remplacements. Fait la pharmacie. (2203)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance ne nécessitant pas l'emploi d'un cheval ou d'une auto. (2200)

**Médecin-militaire retraité** cherche emploi quelconque où il y ait à développer beaucoup d'activité. Voyagerait. (2199)

**Docteur** cherche à reprendre affaire para-médicale ancienne, sérieuse, donnant de bons résultats. S'associerait. Dispose de capitaux. (2198)

**Docteur** reprendrait en banlieue à 1/2 heure maximum poste de 15 à 25.000. (2197)

**Chirurgien** installé en province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou encore cabinet de gynécologie et voies urinaires. (2196)

### OFFRES

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (251)

**PARIS.** — A céder clientèle agréable. Recettes 12.000. Grand appartement. Le titulaire obligé de partir en raison de son mauvais état de santé, céderait à de bonnes conditions. (250)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000. (249)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux exploitant appareils brevetés est à céder. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. Indemnité y compris toute l'installation 75 à 80.000. (248)

**NIÈVRE.** — Seul médecin faisant la pharmacie céderait à de bonnes conditions poste d'un rapport de 15 à 16.000. (247)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur, seul médecin faisant la pharmacie, désire céder son poste pour le mois d'octobre. Recettes 10.000 sans aucun frais de locomotion. Cesse d'exercer. (246)

**PARIS.** — Clinique de médecine générale avec installation complète d'électrothérapie à céder. Recettes 10.000. Indemnité 20 à 25.000. (245)

**PARIS XVIIIe.** — Clientèle de 15 ans à relever facilement. Recettes 8.000 (on y a fait 15.000). Faible loyer. A céder pour faible indemnité. (244)

**CENTRE.** — A céder dans petite ville Etablissement d'agents physiques anciens. Bénéfices nets en 6 mois de saison : 20.000 fr. Indemnité y compris immeuble 140.000 Affaire facile à diriger. (243)

**CHER.** — Chef-lieu de canton. Pour raisons de santé, on céderait excellent poste. Recettes en progression 16.000. Indemnité raisonnable. (242)

**CENTRE.** — Dans sanatorium. Jeune Docteur disposant de capitaux trouverait situation d'associé en vue de cession ultérieure. (241)

**ORNE.** — A céder poste seul médecin faisant la pharmacie. Recettes 9.000. Faible indemnité. (240)

**OUEST.** — Grande ville. Docteur désire céder clientèle agréable de plus de 30 ans. Recettes 18.000. Grand appartement. Peu de Frais. (239)

**PARIS XVIe.** — Docteur âgé céderait pour reprise du bail, clientèle agréable. Conviendrait à jeune Docteur célibataire. (237)

**BANLIEUE.** — Maison de santé serait cédée à des conditions exceptionnelles par Docteur ne pouvant plus s'en occuper. (235)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 15.000. Indemnité 9.000. (231)

**PARIS.** — Docteur céderait Établissements d'agents physiques. Préférerait prendre associé. Affaire sérieuse bien assise, nécessitant peu de travail. (229)

**Cabinet Dentaire.** — Dans grande ville du S.-O. à céder bon cabinet dentaire. Recettes minimum 20.000 loyer 1.400, clientèle riche. Facilités.

81e Année (Série XIIIe) — N° 61 Le Numéro : 25 Centimes 1er Juin 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne Gazette de Santé
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16

# ÉCHOS

**A l'Académie.**

M. le Dr Gaucher, médecin de l'Hôpital Saint-Louis vient d'être élu membre de l'Académie de médecine. Toutes nos félicitations.

**L'agrégation.**

Beaucoup de bruit pour un résultat minime. La presse politique s'est trop occupée d'une affaire qui ne regarde que la corporation médicale. Quelle que soit l'opinion que l'on professe vis-à-vis d'un concours qui a une utilité plus ou moins contestée, on ne saurait trop protester contre l'usage de jets d'immondices sur des maîtres respectés et aimés de tous.

Donnons, à titre documentaire, la note suivante du Syndicat des médecins de la Seine :

« Le Syndicat des médecins de la Seine, qui a pris une part active à tous les congrès des praticiens, approuve pleinement ceux de ses membres qui, au titre de candidats, ont cherché légalement à protester contre le concours de l'agrégation, condamné à l'unanimité par trois congrès consécutifs, mais il réprouve énergiquement les actes de violence qui, de quelque côté que ce soit, se sont produits à l'École de médecine et est convaincu qu'aucun de ses membres ne saurait approuver les actes répugnants auxquels se sont livrées, contre les membres du jury, des personnes qui ne sauraient faire partie, à aucun titre, du corps médical.

**A l'A. P.**

Sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique : MM. Maillet, Caron, Guilbert, Haret, Herbet, Risler, Rotillon, Guadet, Léon Bourgeois et Strauss, membres sortants.

M. Regnault-Desroziers remplace M. Kester, démissionnaire. Le Dr Nélaton, représentant des chirurgiens des hôpitaux, remplace le Dr Walther, dont le mandat est expiré.

**Prix.**

La Société de Géographie de Paris a décerné : 1° le prix Henri Duverrier (médaille d'or) à la Mission d'études de la maladie du sommeil; 2° le prix Auguste Logerot (médaille d'or) à M. le Dr F. Legendre, médecin des troupes coloniales, pour ses explorations dans la Chine occidentale (1907-1909); 3° le prix Armand Rousseau (médaille de vermeil) à M. le Dr Albert Le Play (de Paris), pour son ouvrage *Notes et Croquis d'Orient et d'Extrême-Orient.*

**Relèvement des honoraires médicaux.**

Les résolutions suivantes ont été adoptées par le syndicat médical de l'arrondissemebt de Caen :

1° Le minimum de la visite de jour est fixé à 3 francs. Pour les classes aisées, bourgeois et commerçants, le prix minimum de la visite est fixé à 4 ou 5 francs, suivant les cas.

Pour les propriétaires, gros industriels et gros commerçants, le prix minimum au-dessus de 5 francs est laissé à la discrétion du médecin.

2° Toute visite d'urgence, c'est-à-dire celle qui nécessite le déplacement immédiat du médecin et interrompt par conséquent l'ordre de sa journée, sera majorée de 2 francs.

Il en sera de même pour les visites demandées par le client entre 7 heures et 10 heures du soir.

3° Les visites de nuit, c'est-à-dire celles qui seront comprises entre 10 beures du soir et 7 heures du matin, seront comptées doubles.

Ces résolutions, suivies des noms des membres du syndicat habitant Caen, ont été, comme cela avait été également décidé, portées à la connaissance du public par les journaux locaux.

Il est à espérer que pareille mesure sera prise par tous les Syndicats médicaux.

**Fête confraternelle.**

Un groupe d'élèves et de confrères, amis du professeur Monprofit, a pris l'ibitiative de fêter son élection comme membre correspondant à l'Académie de Médecine.

Une œuvre d'art sera remise au nouvel académicien à la fin d'un banquet-déjeuner fixé au dimanche 5 juin (pendant la semaine d'aviation d'Angers), à 1 heure de l'après-midi.

Les souscriptions sont reçues par M. le Dr Souvestre, 3, boulevard de Saumur, Angers.

**Excès de vitesse ed automobile.**

Appelé à juger un médecin contre lequel avait été dressé procès-verbal pour excès de vitesse en automobile, le juge de paix de Marsanne vient récemment de rendre le jugement suivant que l'on ne saurait qu'approuver :

« Attendu que M. le Dr X... invoque comme moyen de défense la nécessité qu'il y avait de se rendre le plus rapidement possible auprès d'un malade dont l'état était très grave;

« Attendu que l'article 64 du Code pénal, disant qu'en cas de force majeure, il ne peut y avoir ni crime, ni délit, ni contravention, s'applique au cas qui concerne M. le Dr X...

« Par ces motifs, annulons le procès-verbal dressé contre M. le Dr X..., le 28 août 1909, et le renvoyons des fins de la poursuite dirigée contre lui, sans frai ni dépens. »

**Microbes et mauvaises odeurs.**

Avec la saison chaude, vont se développer les fermentations putrides et qui remplissent l'atmospbère des villes, des cours de fermes, voire des maisons, de gaz malodorants.

Des travaux du Dr Trillat viennent d'établir que les mauvaises odeurs n'ont pas seulement un inconvénient olfactif et ne se bornent point à causer l'intoxication et l'asphyxie lente.

Il a démontré que les microbes pathogènes, les germes des maladies les plus redoutables, des épidémies : typhoïde, rougeole, grippe, tuberculose, etc., vivent et se multiplient *beaucoup plus vigoureusement dans l'air chargé de gaz malodorants* (ammoniaques, acide sulfhydrique, gaz complexes des fosses d'aisances), *que dans les bouillons de culture les mieux appropriés.*

On pouvait s'en douter à voir, dans les villes, se propager les maladies microbiennes dans les quartiers aux maisons puantes. Il n'est que trop de bâtisses, même modernes, aux évacuations défectueuses, de cours exigues où croupissent, la nuit, les ordures ménagères — si ce n'est dans l'entrée même des immeubles dépourvus de cours; — il n'est que trop de rues encombrées de crottin et imprégnées de purin; il n'est que trop d'usines répandant d'innommables gaz.

C'est une preuve perpétuelle pour les citadins surtout. Quand aurons-nous des babitations hygiéniques et quand verrons-nous remplacés tous les chevaux par des automobiles... à essence inodore? (*Rev. de l'Ens. Prim. sup.*)

**Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer. — Cours de Vacances.** — *Douze leçons sur la tuberculose des os et des articulations*, par les Dr Ménard, chirurgien en chef, Andrieu et Calvé, chirurgiens-assistants.

Ces leçons auront lieu du 1er au 13 août 1910. Elles seront accompagnées de démonstrations pratiques : Présentations de malades; Examen de pièces anatomiques; Radiographies; Appareils plâtrés; Traitement des abcès froids.

Droit d'inscription : 50 francs. — Se faire inscrire par lettre adressée au Dr Calvé ou au Dr Andrieu, à Berck-Plage (Pas-de-Calais). — Le programme détaillé sera envoyé sur demande.

# Les Crises gastriques des Oxaluriques

Par M. le Dr LOEPER et M. BINET

L'acide oxalique existe à l'état normal dans les urines de l'homme, mais ne dépasse pas, d'après les recherches de Salkowski, Hélène Bardwin, Mohr et Salomon, 10 à 15 milligrammes par vingt-quatre heures. C'est donc à partir de ce chiffre que commence, à proprement parler, l'oxalurie pathologique. Un grand nombre d'auteurs considère cependant qu'il y a oxalurie dès qu'il est possible de constater dans le dépôt urinaire des cristaux d'oxalate de chaux. Une telle opinion nous semble très critiquable, car la précipitation de l'oxalate de chaux dépend, ainsi que l'a montré Lecœur, beaucoup plus de la réaction du milieu urinaire que de la quantité d'acide oxalique qui y est contenue. On ne doit donc admettre l'oxalurie que dans les seuls cas où le dosage chimique a été effectué. *L'oxalurie pathologique*, ou si l'on préfère *l'hyperoxalurie*, peut atteindre 4, 6 et même 50 centigrammes par vingt-quatre heures (observation de Neidert). Elle coïncide tantôt avec des affections hépatiques (Furbringer), tantôt avec les maladies nerveuses organiques et inorganiques, la neurasthénie en particulier (Kisch Adler), tantôt avec des maladies dyscrasiques, goutte, diabète, obésité, lithiase rénale, etc., tantôt enfin avec des troubles digestifs et des états dyspeptiques plus ou moins accusés.

La coexistence de la dyspepsie et de l'oxalurie a été signalée déjà dans de nombreux travaux. Il ne semble pas cependant qu'on ait fixé d'une façon suffisante les caractères cliniques de certains états dyspeptiques et la relation qui les unit à l'oxalurie. Ce sont ces deux points que nous étudierons surtout ici, à propos des malades que nous avons suivis récemment et dont nous allons résumer les observations.

***

La première observation concerne un homme de soixante ans, assez gros mangeur, habituellement très bien portant, mais atteint à plusieurs reprises depuis vingt ans de crises gastriques assez violentes qui disparaissaient assez brusquement et ne laissaient après elles aucune trace. Il fut pris en mars 1909 d'eczéma dishydrosique et, au mois de septembre, de douleurs gastriques, accompagnées d'état nauséeux, de sensibilité épigastrique et thoracique, et de constipation. Le quinzième jour il entra dans la grande crise d'estomac. Le matin, l'après-midi et la nuit, parfois quelques heures, parfois aussitôt après le repas, apparaissait une douleur d'abord discrète, crampoïde, qui s'accentuait et donnait la sensation pénible d'un étau, d'une griffe, d'une sorte de déchirure profonde avec irradiation intercostale et dorsale et souvent aussi avec aérophagie. La langue était sale, l'anorexie profonde, les envies de vomir fréquentes. La crise durait ainsi une heure, une heure et demie, plus rarement sept et huit heures. Elle laissait après elle un épuisement considérable et chaque jour, malgré le repos au lit et malgré une ration alimentaire de 1.700 à 1.800 calories sous forme de laitage, bouillies et pâtes, le malade maigrissait de 200 à 500 grammes.

Le 30 novembre, il rendit une petite cuiller de sang noir analogue à du marc de café et dont nous donnerons plus loin l'analyse. Le lendemain, un lavage discret de l'estomac ramenait encore quelques parcelles de poussière noirâtre. Ce suintement sanguinolent cessa rapidement, mais les crises douloureuses persistèrent jusqu'à deux ou trois par vingt-quatre heures. Quarante jours après leur début, elles s'espacèrent, diminuèrent d'intensité et de durée, mais en affectant une régularité plus grande, apparaissant le matin et l'après-midi et quelquefois la nuit. L'appétit revint. Le 26 décembre, vingt-six jours par conséquent après le début de la crise, le malade se plaignit de douleurs lombaires gauches, de dysurie et rendit de petits calculs blanchâtres assez résistants. En trois jours on en recueillit dans le fond du vase une cuillerée à café environ. La région lombaire resta endolorie et chaque jour reparaissaient de petites crises néphrétiques. A partir du quatrième mois les douleurs gastriques allèrent en s'atténuant, mais l'élimination des calculs ne cessa que vers le mois de mars et le 17 mars apparut une véritable décharge de sable intestinal.

L'analyse du suc gastrique, pratiquée quelques jours avant l'hématémèse et en pleine crise douloureuse, n'a pas dénoté d'hyperchlorhydrie marquée.

| | |
|---|---|
| H . . . . . . . . . . . . . | 0.45 |
| A . . . . . . . . . . . . . | 2.87 |
| C . . . . . . . . . . . . . | 2.40 |

Mais voici les trois points intéressants de l'observation. Trois mois avant la crise, le dosage de l'urine donna 0.51 centigrammes d'acide urique et 0.32 milligrammes d'acide oxalique. Pendant la crise même, l'acide oxalique urinaire s'abaissa, mais la petite hématémèse aussi bien que le vomissement non sanglant qui suivit renfermaient des cristaux d'oxalate de chaux absolument typiques, bien que le régime se composât exclusivement d'eau glacée et de quelques cuillerées à café de lait glacé. Enfin dans les calculs éliminés au déclin de la crise et pendant plusieurs semaines, on trouva 6 p. 100 d'acide oxalique, du phosphate et du carbonate de chaux, un peu d'acide urique.

Un autre malade, âgé de quarante-sept ans, ancien colonial, n'ayant jamais souffert de l'estomac, mais tourmenté fréquemment par des rhumatismes et des névralgies, ressent, en juillet 1909, des douleurs d'estomac aussitôt après son repas. Ces douleurs, de caractère crampoïde, se reproduisent plusieurs fois par jour, quelquefois aussitôt, quelquefois deux ou trois heures après les repas. Elles ont une intensité telle que le malade pâlit et doit s'arrêter. Leur allure est assez analogue aux douleurs solaires des pancréatites. La constipation est opiniâtre, les vomissements sont rares et en général aqueux. L'examen du suc gastrique dénote 0.52 d'acide chlorhydrique libre et 3.10 d'acidité totale.

Aucun médicament ne procure de soulagement. Au bout d'un mois et demi se produit une petite hématémèse coïncidant avec un flux hémorroïdaire assez abondant. La maladie continue. Trois mois plus tard apparaissent des douleurs articulaires qui tiennent le malade couché pendant quinze jours. Presque subitement l'état gastrique redevient normal.

Le suc gastrique ne contient pas d'oxalates, mais les selles donnent par les méthodes usuelles une quantité considérable d'oxalate de chaux, et les urines, très riches en cristaux octaédriques typiques, ainsi que l'indique une analyse ancienne, contiennent fort peu d'acide oxalique pendant la crise, mais près de 49 milligrammes pendant la période d'amélioration.

Un troisième malade, atteint de lithiase oxalique de l'intestin et dont l'un de nous a donné autrefois l'analyse (1), a fait pendant quinze jours, en juillet 1909, non plus une crise intestinale, mais une crise gastrique fort analogue à une crise tabétique avec douleurs très violentes, vomissements aqueux dans lesquels on retrouva 2.50 de chlorhydrie, 0.50 d'acide libre et des cristaux oxaliques.

A ces trois observations nous en joindrons d'autres dans lesquelles la symptomatologie est moins bruyante. L'une a trait à un homme de cinquante-deux ans qui présenta, il y a dix ans, une attaque de goutte et, depuis ce moment, se plaint de névralgies et de céphalée. Les troubles gastralgiques apparaissent en 1905 et se traduisent par une douleur médiane parfois angoissante, précoce ou tardive suivant les cas, durant une à deux heures, se répétant deux fois par semaine environ, et de plus en plus fréquente depuis quelques mois. La sensibilité épigastrique est très vive. Le suc gastrique, une heure après repas d'Ewald, donne les chiffres suivants : A=3.40, T=3.85, H=0.75, C=2.80, H+C=3.55 ; les urines renferment 0.07 d'oxalate de chaux. Après une cure alcaline, le suc gastrique ne donne plus que A=2.90, H+C=3.05, et les urines 0.04 d'oxalate de chaux.

Un homme de soixante et un ans, banquier, souffrant depuis six mois d'une névralgie intercostale, fait, en juillet 1908, une crise gastrique analogue à celles de l'hyperchlorhydrie. Le suc gastrique après repas d'Ewald donne les chiffres suivants : A=2.35, H=0.33, H+C=2.46. Les urines laissent déposer une quantité énorme d'oxalate de chaux et d'oxalate de soude, dont le dosage n'a pas été fait exactement.

Un homme quarante-six ans, très nerveux, grand fumeur et de tempérament dit arthritique, se plaint depuis plusieurs mois déjà, une heure après le repas, et cela pendant deux heures, de douleurs épigastriques très vives ; 50 grammes d'usine laissent déposer après action de l'acide chlorhydrique et du chlorure de calcium des quantités vraiment formidables d'oxalate de chaux que l'on peut évaluer, faute de dosage précis, au contenu d'une pelle à sel environ.

Les accidents gastriques présentés par ces différents malades sont à l'intensité près assez analogues : douleurs crampoïdes, apparaissant tantôt au début et tantôt à la fin de la journée, état nauséeux mais allant rarement au vomissement, gastrorragie discrète et n'apportant à la crise douloureuse aucune espèce de soulagement, oxalurie abondante, quelquefois même *présence dans les vomissements et dans le sang rendu de quantités*

(1) M. Loeper. La lithiase oxalique de l'intestin *Soc. médicale des Hôpitaux*, octobre 1909.

*appréciables d'acide oxalique*. Ces crises apparaissent au cours d'une santé en apparence parfaite chez des malades entachés de ce qu'on appelle arthritisme ; elles sont précédées parfois d'une période de malaises de quinze à vingt jours qui marquent l'entrée en scène de l'intoxication ; elles se terminent dans certains cas par une crise de lithiase oxalique du rein ou de l'intestin ; enfin elles alternent, soit avec des poussées d'eczéma dishydrosique des pieds et des mains, soit avec des crises de goutte, de rhumatisme goutteux, avec des migraines, avec la lithiase rénale et la lithiase intestinale.

***

On retrouvera dans Kisch, Lecœur, Adler, Neidert, et surtout dans les travaux de l'Ecole anglaise avec Bird Golding et de l'Ecole italienne avec Cantani et Primavera, un certain nombre d'observations analogues aux nôtres,et dans lesquelles les phénomènes dyspeptiques, gastralgiques ou entéralgiques s'accompagnent d'élimination oxalique parfois énorme, 40, 53 milligrammes et même 20 et 50 centigrammes. De ces différents auteurs les uns considèrent l'oxalurie comme la conséquence forcée de l'état dyspeptique, les autres voient dans la dyspepsie un des accidents principaux de l'intoxication oxalique.

Lors des premières recherches qui furent faites sur ce sujet, la dyspepsie avait été considérée comme la conséquence d'une sorte de diathèse oxalique. Défendue par l'Ecole anglaise et italienne, cette théorie fut fortement attaquée par les auteurs américains et allemands, en particulier Ellis,Green, Adler et Kisch. Finalement elle subit le même sort que la diathèse oxalique elle-même. Une théorie inverse lui fut substituée d'après laquelle la présence d'acide oxalique dans les urines reconnaissait fréquemment une origine digestive, et la crise dyspeptique était considérée comme la cause même de l'oxalurie (1).

Nous ne nions pas que, dans certains cas bien déterminés, des décharges oxaliques passagères puissent se produire au cours de dyspepsies très banales, mais nous aurions tendance à croire qu'il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons, en effet, observé un grand nombre d'états dyspeptiques très divers, des ulcères, des cancers de l'estomac, des entérites tuberculeuses, dans lesquels les chiffres d'acide oxalique urinaire étaient bien inférieurs même aux chiffres normaux, ce qui prouve que l'élimination de l'acide oxalique n'est pas la conséquence *inévitable* d'un trouble de fonctionnement gastro-intestinal.

Certains auteurs ont admis que l'acide oxalique se formait dans l'intestin humain sous l'influence de fermentations microbiennes. Mais les recherches récentes de Zopf, de Wehmer, de Banning (2) ont montré qu'aucun microbe, hôte habituel du tube digestif, à l'exception peut-être du bactérium diabéticum, n'était capable de former de l'acide oxalique sur des milieux sucrés, glycérinés, amylacés, peptonés, etc. Avec le tétragène, le bacillus coli, le bacillus acidi lactici, les streptocoques, la production de l'acice oxalique fut toujours nulle ou inappréciable. *L'hypothèse d'une origine microbienne de l'intoxication oxalique de l'organisme n'est donc aucunement démontrée.*

Si, d'ailleurs, chez les individus nourris exclusivement avec du lait, des pommes de terre et du pain, on recherche, ainsi que nous l'avons fait récemment, l'acide oxalique contenu dans les matières fécales, on constate qu'il n'en existe parfois que des traces indosables chez de véritables dyspeptiques, alors qu'on en trouve 2 centigrammes et plus pour 100 de matières fraîches chez des obèses ou goutteux oxaluriques et jusqu'à 20 centigrammes chez des lithiasiques oxaluriques.

Nous ajouterons que des vomissements alimentaires de dyspeptiques ne nous ont donné encore aucun chiffre d'acide oxalique appréciable en dehors de l'absorption de produits riches en acide oxalique.

Pour toutes ces raisons, nous aurions tendance à considérer l'acide oxalique contenu dans l'estomac et l'intestin des malades, non pas comme une conséquence des fermentations digestives, mais bien comme le résultat d'une *véritable élimination par la muqueuse stomacale de l'acide oxalique contenu en excès dans le sang.*

***

A l'état normal, il existe une certaine quantité d'acide oxalique dans le sang : les constatations de Garrod sont, à cet égard, tout à fait démonstratives. Cantani, après lui, a vu dans le sang des goutteux et des oxaluriques des proportions considérables d'acide oxalique. A notre connaissance, cependant, aucun dosage précis n'a été apporté sur ce point particulier. Avec M. Béchamp, nous avons, pour cette raison, dosé par des méthodes aussi exactes que possible la quantité d'acide oxalique contenu dans 100 parties de sang frais. Les individus normaux n'ont donné que des traces indosables ou voisines de 1 milligramme ; l'asystolie, 2 milligrammes ; l'imperméabilité rénale, 2 milligrammes ; le diabète avec oxalurie, 3 milligr. 8, et l'un des cas d'oxalurie signalés plus haut, 8 milligrammes. Cet excès d'acide oxalique s'élimine en majeure partie par les reins, ainsi que le démontrent surabondamment les dosages faits sur les urines des oxoluriques. Mais ne peut-il pas s'éliminer par la voie digestive ? Le fait est à peu près impossible à démontrer chez l'homme ; aussi avons-nous eu recours à l'expérimentation chez l'animal.

Nous avons injecté à des lapins, sous la peau, dans les veines, et dans une anse intestinale préalablement ligaturée, des quantités de 5 à 10 centigrammes d'acide oxalique ou d'oxalate de soude et nous avons retrouvé dans la totalité de l'estomac préalablement lavé et complètement débarrassé de ses détritus alimentaires 2 centigr. 5 0/0 d'acide oxalique, alors que les autres tissus fournissent, en moyenne, de 10 à 15 milligrammes et que l'estomac des lapins normaux donne seulement 12 milligrammes (1). Ces chiffres ne peuvent laisser aucun doute sur le passage, dans l'estomac, de l'acide oxalique injecté aux animaux. Ils sont à rapprocher des dosages que l'un de nous a effectués précédemment dans l'intestin d'animaux en expérience (1).

Ces recherches nous permettent d'expliquer de façon assez satisfaisante la présence de l'acide oxalique dans les vomissements de nos malades. Chez l'un d'eux, il nous a été possible de trouver des cristaux d'oxalate de chaux ; chez un autre, des traces indéniables d'acide oxalique ; chez un troisième, jusqu'à 3 milligrammes de ce même acide. Il nous apparaît donc comme certain que dans les intoxications humaines, aussi bien que dans les intoxications expérimentales, *l'acide oxalique peut s'éliminer par la muqueuse gastrique et se retrouver dans l'estomac.*

***

C'est un fait connu que, dans un grand nombre d'intoxications organiques au premier rang desquelles on peut placer l'urémie, l'élimination d'une quantité considérable de produits anormaux entraîne des réactions muqueuses des troubles sécrétoires, et même des exulcérations. On est donc en droit de se demander si l'acide oxalique, dont l'action irritante est si accentuée, ne peut entraîner des troubles et des lésions identiques. Chez l'animal aucun doute n'est permis à cet égard : tous nos lapins ont présenté des congestions et des hémorragies de la muqueuse stomacale appréciables à l'œil nu et dont le microscope montrait la localisation exacte et permettait de mesurer l'étendue. Bien plus, au sein même de ces nappes hémorragiques existaient des cristaux d'oxalate de chaux. Il est vrai que dans ces cas, il s'agissait d'une intoxication atténuée de nos différents malades. Mais on peut répondre à cette objection que les *oxalémiques*, dont l'élimination urinaire est parfois diminuée, entassent dans leur organisme, et cela pendant des mois et même des années, des quantités considérables d'acide oxalique. Il n'est donc pas surprenant que cette intoxication lente détermine un jour l'explosion brutale de phénomènes gastriques. D'autre part, l'acide oxalique ne s'élimine pas à l'état d'acide oxalique pur, mais bien à l'état d'oxalate de chaux, corps facilement précipitable, sinon dans les milieux vivants et dont la circulation est active, du moins dans les tissus irrités au niveau desquels la circulation est ralentie (Decottignies) (2). C'est ainsi que se précipite l'acide oxalique dans le rein des oxaluriques et c'est ainsi qu'il se précipite, croyons-nous, dans leur estomac. Il n'agit plus alors à proprement parler comme caustique, mais plutôt comme un banal agent mécanique. Il traumatise la muqueuse, peut-être même parvient-il à l'ulcérer ; c'est du moins l'explication la plus plausible que nous puissions donner des gastrorragies de nos malades dans lesquelles on pouvait retrouver sans aucune réaction préalable des cristaux octaédriques typiques d'oxalate de chaux.

La douleur, les contractions gastriques, les irradiations nerveuses, les vomissements eux-mêmes sont les conséquences de cette irritation. Quant à ces malaises mal définis, à cet état nauséeux qui précèdent fréquemment de plusieurs jours la crise gastrique,

(1) Voir les *Thèses* de Ganea, Paris, 1895 ; Lecœur, 1900; et Albahary, 1903.

(2) F. Banning. Zur Kenntniss der Oxalsaurebildung durch Bakterien. *Centralblatt für Bakt. und Parasitenkunde*, 2e partie, 1902, S. p. 395.

(1) M. Loeper, G. Béchamp et E. M. Binet. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 10 avril 1910.

(1) M. Loeper. La lithiase oxalique de l'intestin. *Loco citato.*

(2) Decottignies. *Thèse de Paris*, juillet 1902, n° 178.

ils nous apparaissent comme les premières manifestations de cette intoxication oxalique, de cette *oxalémie* latente qui frappe tout d'abord de façon diffuse l'organisme tout entier avant de se localiser plus spécialement sur le système nerveux gastrique et sur l'estomac lui-même.

Nous ne pouvons étudier ici en détail les différentes causes de l'oxalurie ou de l'oxalémie. S'agit-il vraiment d'une diathèse comme le pensaient Bird Golding et Cantani ou simplement d'une intoxication secondaire, compagne habituelle de la diathèse urique, de la goutte ou du diabète? Succède-t-elle au surmenage nerveux ou aux maladies organiques du cerveau ou de la moelle? Provient-elle dans quelques cas d'un trouble du fonctionnement hépatique? Peut-elle même être en rapport avec une imperméabilité rénale plus ou moins perceptible? Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ces différents points. Nous croyons pour notre part que l'oxalémie résulte dans la majorité des cas de troubles profonds de la nutrition cellulaire, lesquels peuvent d'ailleurs se produire dans un grand nombre d'affections et ne constituent pas, à proprement parler, une diathèse, mais un *état dyscrasique*. Les conséquences de l'encombrement de l'organisme par l'acide oxalique semblent se localiser plus particulièrement au niveau des reins sous forme de lithiase rénale, de l'intestin sous forme de lithiase oxalique et, comme nous croyons l'avoir démontré aujourd'hui, dans l'estomac sous forme de crises gastriques.

***

Le traitement de ces états gastriques comporte deux indications principales : calmer la crise douloureuse et les phénomènes qui l'accompagnent et traiter la cause première qui leur donne naissance.

Contre la douleur on fera usage des calmants ordinaires tels que : opium, morphine, applications chaudes ; contre les vomissements, boissons glacées, les applications de glace sur le creux épigastrique ; contre les hématémèses, qui ne sont d'ailleurs jamais abondantes, la glace et si besoin était l'ergotine.

Il sera plus difficile peut-être, mais il est à coup sûr plus utile de combattre l'intoxication oxalique elle-même et de préserver l'estomac de cette élimination nocive. Un régime sévère devra être institué à titre préventif pendant de longs mois. On sait l'importance attribuée par certains auteurs à l'alimentation dans la genèse de l'oxalurie. Bien que les recherches faites sur ce point ne soient pas toutes absolument concordantes et que l'organisme soit capable de détruire des quantités encore assez considérables d'acide oxalique, nous croyons qu'il est bon de rejeter certains aliments comme l'oseille, les épinards et plus encore le cacao et le chocolat. Tous ces produits contiennent de l'oxalate de soude, de potasse ou de chaux et nous avons eu récemment dans une observation inédite de Cottet la preuve qu'ils étaient capables de déterminer des crises gastriques. De plus, si l'on en croit les travaux de Lecoeur, d'Albahary, etc., ce taux de l'acide oxalique urinaire augmente surtout à la suite de l'ingestion des aliments carnés, des abats, des ris de veau, dont la richesse en albumine, en nucléines et en purines est considérable ; on devra donc en restreindre l'usage chez ces malades.

Il faut également prohiber les condiments, les excitants de tout ordre, boissons gazeuses, alcool, café, qui excitent à la fois le système nerveux, les voies d'élimination et les éléments intimes des tissus.

Certains oxalates s'absorbent mal dans l'intestin ; d'autres dont l'absorption est facile en milieu acide précipitent en milieu alcalin. Il peut donc y avoir intérêt à modifier la réaction du milieu digestif et à l'alcaliniser pour amener la précipitation des oxalates alimentaires et diminuer ainsi leur résorption.

Mais il faut viser plus haut, atteindre l'acide oxalique dans l'organisme même des oxaluriques et entraver sa formation au niveau même des cellules des tissus. Lecoeur a montré que les petites doses de carbonate de soude semblaient chez l'animal diminuer sa production ; mais des doses assez élevées, sur lesquelles il est malheureusement difficile d'être fixé, l'accroissent assez notablement. La neutralisation dans l'organisme de l'acide oxalique qui y est accumulé semble par contre pouvoir être faite, comme l'ont montré Klemperer et Tritchler, au moyen des sels de magnésie, lesquels ont le pouvoir de transformer dans l'organisme l'acide oxalique en oxalate de magnésie soluble. D'où l'indication de donner à ces malades des doses réfractées de sulfate de magnésie pendant plusieurs jours consécutifs. Quant aux sels de chaux, dont l'emploi était rejeté par Klemperer, ils sont considérés par Decottignies comme un des plus puissants antidotes de l'intoxication oxalique. Certes, ils peuvent former avec les oxalates libres du tube digestif des oxalates insolubles ; mais dans l'intimité des tissus, en milieu circulant et vivant, l'oxalate de chaux resterait dissous, et en tant que sel neutre ne serait nullement toxique. Le sel auquel on devrait de préférence faire appel serait le glycérophosphate de chaux. Quant au phosphate de soude préconisé par quelques auteurs, il est précisément indiqué parce qu'il augmente la solubilité de l'oxalate de chaux.

Un dernier point d'une importance capitale consiste à faciliter l'élimination de l'acide oxalique tant par les reins que par l'intestin, de manière à s'opposer dans la mesure du possible à son élimination par la muqueuse stomacale. A cet effet, on aura soin, après s'être au préalable assuré de la perméabilité rénale, de prescrire les diurétiques (tisanes de queues de cerises, de chiendent, etc.), et les cures de lavage.

Une mention spéciale doit être faite pour le lait dont les effets diurétiques sont bien connus et qui a, en outre, l'avantage de réaliser le régime de repos le plus parfait de l'estomac. Aussi, au lendemain d'une crise, devra-t-on en recommander l'usage pour augmenter la diurèse et diminuer parallèlement l'hyperesthénie stomacale. Enfin, pour favoriser l'élimination oxalique par l'intestin, on aura recours aux purgatifs et de préférence aux purgatifs salins : le sulfate de magnésie apparaît ici encore comme le médicament de choix, car il permet d'obtenir des évacuations quotidiennes suffisamment abondantes et ne détermine aux doses habituellement employées aucune irritation de la muqueuse des voies digestives.

## Dégénérescence mentale avec perversions sexuelles

ONANISME
OBSESSIONS, IMPULSIONS A L'EXHIBITIONNISME
NOMBREUSES ARRESTATIONS

Par M. le Docteur FILLASSIER

L... E..., né à Bruxelles, le 19 août 1872, de parents autrichiens, est entré dans le service de M. Magnan le 12 février 1910.

Dans sa famille, dit-il, « tous sont nerveux ». Son père, âgé aujourd'hui de 69 ans, négociant, boit beaucoup et se montre parfois très irritable. Sa mère, aujourd'hui âgée, de 67 ans, est particulièrement nerveuse. Mariée à 19 ans, elle eut 11 enfants, dont 4 sont morts, le malade ignore les causes de ces décès ; 6 seraient bien portants.

L... fut toujours faible de constitution. Enfant, il eut des convulsions, et présenta une déviation de la colonne vertébrale ; il porta un corset à cette époque et fut envoyé aux bains de mer. Aujourd'hui, sa colonne vertébrale présente une ensellure appréciable, et décrit une courbe à concavité à droite. Il fut réformé du service militaire.

Il fréquenta l'école primaire, se montra bon élève, doué, dit-il avec satisfaction, d'une excellente mémoire ; il entreprit des études secondaires et allait les terminer, lorsqu'il trouva un emploi de comptable assez rémunérateur. A 30 ans, il gagnait 2.800 francs environ ; en outre, il avait acheté un café qu'il paya avec ses économies, revendit avec bénéfice, puis, il en exploita un autre.

En dépit de cette activité, son niveau intellectuel est celui d'un débile ; c'est ainsi qu'il expliquera les obsessions qui l'ont fait arrêter plusieurs fois, en indiquant que lorsque sa mère était enceinte de lui, elle vit un singe qui se masturbait.

Son caractère est instable, il a des sympathies et des antipathies subites.

Il avoue que vers 20 ans, s'étant trouvé quelque temps, dans un atelier, avec des jeunes gens qui se masturbaient, entre eux, il les imita. Lorsqu'il dirigea ses deux cafés, il se laissa aller à boire avec excès ; à son entrée à Sainte-Anne, il avait du tremblement des mains et accusait des crampes dans les mollets.

Le malade raconte qu'en 1900, il se trouvait dans un urinoir situé à côté d'une église et s'y masturbait, lorsqu'il aperçut une jeune fille sur le seuil de l'église ; il lui exhiba ses organes génitaux. Celle-ci lui fit signe de la rejoindre, et, entre les deux portes du tambour, elle le masturba, tandis que lui-même se livrait sur elle à des attouchements.

Peu après, il fut surpris tandis qu'il s'exhibait ; il fut poursuivi et condamné à 15 jours de prison avec sursis, par un tribunal belge. Il se rendit compte qu'il était malade, consulta un médecin qui lui prescrivit du bromure.

L'année suivante, il fut arrêté de nouveau et condamné à un mois de prison. Plus tard, il s'exilera et viendra habiter en France, pour éviter une nouvelle condamnation à 5 mois de prison. Mais, cette fois, il fait sa peine, dans l'espoir, dit-il, de changer ses idées et de guérir.

De 1901 à 1904, il fut arrêté à plusieurs

reprises dans des circonstances analogues. Au sortir de la prison, il se croyait guéri : à la première récidive, il fut pris d'un désespoir extrême et décida de se tuer. A cet effet, il prit le chemin de fer, gagna Ostende, rédigea une lettre pour le Commissaire de police, et se dirigea vers l'estacade pour se jeter en mer; à la dernière minute, il prit peur et rentra chez ses parents.

Ceux-ci pensèrent qu'il convenait de le marier pour le guérir. Mais il n'éprouva dans les rapports conjugaux aucun plaisir, et raconte d'ailleurs que lorsque le besoin d'exhiber ses organes s'imposait à son esprit, il lui fallait céder sur-le-champ.

En 1905, il est condamné à 5 mois de prison. — Cette fois il passe en France pour se dérober à l'exécution de sa peine. Cette même année, en juin, il est arrêté à Paris, pour outrage à la pudeur; il bénéficie d'une ordonnance de non-lieu sur le rapport de M. Dubuisson. — Après nn séjour à Villejuif, il est remis en liberté.

Il nous revient aujourd'hui à la suite d'une nouvelle ordonnance de non-lieu rendue le 10 février 1910.

Il se souvient toujours très exactement des circonstances dans lesquelles l'acte se produit.

Lorsque cette obsession envahit son esprit, il éprouve un malaise, une sensation de vide dans la tête, une douleur dans la région occipitale, des battements de cœur; il a envie d'uriner, et c'est pour cela, dit-il, qu'il entre dans un urinoir où il se fait arrêter. Elle se présente toujours dans les mêmes conditions. Une fois seulement, vers 1901, cette obsession le prit comme il était dans l'escalier de sa maison et il s'exhiba sur le palier même, près de la rampe de l'escalier, aux femmes qui circulaient.

S'il lutte, son malaise augmente, les battements de cœur se précipitent.

Ses moyens de défense varient : tantôt il se met à courir, tantôt il entre dans un café pour que sa pensée soit distraite, tantôt il s'efforce de s'absorber dans la lecture d'un journal.

Aussitôt qu'il a exhibé ses organes génitaux, les battements cessent, son malaise s'évanouit, il éprouve un soulagement, un bien-être; puis la honte de son acte le fait rougir.

Parfois cette détente se produit sans qu'il ait exhibé ses organes; il court, entre dans un urinoir et s'y masturbe jusqu'à éjaculation, alors il se calme.

Il se décrit donc très exactement.

Cette fois, il n'a conservé, dit-il, qu'un souvenir incomplet de l'acte qui l'amène : il nous en décrit fidèlement, mais après de longs entretiens, les circonstances; il se souvient que l'idée obsédante l'envahit, qu'il y résista d'autant plus énergiquement qu'il avait ce jour-là un rendez-vous avec sa maîtresse, qu'il rentra jusqu'à deux fois dans un urinoir pour s'y masturber et s'exhiber, qu'enfin il succomba. Son obsession fut si grande qu'elle l'absorba tout entier et qu'elle l'isola, en quelque sorte, du monde extérieur : il était suivi, il ne s'en rendit pas compte; bien mieux, un agent pénétra après lui dans l'urinoir, il ne le vit pas.

Telle est l'observation de ce malade à lourde hérédité et dont la débilité s'aggrava sous l'influence combinée des mauvaises habitudes et des excès de boissons.

Chez lui, « l'obsession tenace, tyrannique, s'accompagne comme le décrivait « Magnan au Congrès d'anthropologie de « Bruxelles, en 1892, d'une douleur morale « tellement intense qu'elle subjugue la « volonté. Dans ces conditions, l'obsession « amène l'impulsion et le sujet conscient « est poussé irrésistiblement aux actes « mêmes qu'il réprouve ».

Mais il est un point sur lequel nous désirons appeler l'attention. Ce malade, comme il arrive lorsqu'on se trouve en présence d'une obsession de cet ordre, était au début de nos entretiens extrêmement réticent. Tout d'abord, il ne se souvenait de rien; son amnésie était complète; interrogé au point de vue du Morbus Sacer, il n'en avait aucun des signes. Le Dr Juquelier lui ayant alors déclaré qu'il devait se souvenir, il se troubla, balbutia, puis avoua. Or, après cet aveu même il discute encore, ce n'est qu'après de nombreux entretiens qu'il décrira ses crises; or, il les connaissait si bien qu'il s'en était confessé à son père. Ses réticences sont plus nombreuses encore lorsqu'il s'agit du dernier fait : il avait tout oublié, jusqu'à l'obsession; il a honte, dissimule, ne se souvient plus. C'est sans doute cette amnésie alléguée par le malade qui avait fait, à un moment, considérer l'acte comme une manifestation comitiale, comme un équivalent épileptique.

---

## Un nouvel Alcaloïde

### SPÉCIFIQUE DES DIARRHÉES, ENTÉRITES, DYSENTÉRIES Etc.

Diverses communications à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine relatées ici-même (1) ont mis en évidence les connaissances nouvellement acquises sur l'Hordénine, alcaloïde récemment découvert par E. Léger dans les touraillons d'orge.

Plusieurs années d'expériences cliniques faites avec l'Hordénine-Lauth ont déterminé la place importante que devait prendre ce produit dans la thérapeutique. Rappelons que l'Hordénine, alcaloïde non toxique est, d'une manière générale, un modificateur des sécrétions des muqueuses en même temps qu'un hon tonique du cœur : au premier rang de ses applications devait donc se placer son emploi dans les états qui se manifestent par un flux gastro-intestinal trop abondant, s'accompagnant le plus souvent de faiblesse du cœur. Les premiers expérimentateurs montrèrent qu'en effet l'Hordénine utile dans les gastrites, les hyperchlorhydries, etc., pouvait être considérée comme un véritable spécifique des états diarrhéiques. Depuis, la diffusion de ce remède nouveau dans la grande pratique médicale courante a donné à ces prémisses la consécration indispensable.

M. le Dr Barbier, dans une communication faite à la Société médicale du IIIe arrondissement de Paris (février 1910) rend compte de plusieurs cas traités par l'Hordénine-Lauth.

Marie D... 32 ans, présente des *vomissements bilieux avec forte diarrhée*, et n'est pas sensiblement améliorée par la diète hydrique. Une injection d'Hordénine a raison des vomissements et de la diarrhée, et quelques bulles, prises à raison de 5 par jour assurent la guérison.

*Diarrhée aiguë* chez un adulte, 29 ans. Le bismuth n'a donné aucun résultat. Une injection d'Hordénine-Lauth, suivie de l'absorption de 5 bulles par jour a raison en deux jours de cette diarrhée.

*Gastro-entérite aiguë* chez. un hyperchlorhydrique. Une piqûre d'Hordénine-Lauth améliore de suite l'état intestinal. On continue pendant 15 jours à administrer 5 bulles par jour : les vomissements et la diarrhée ont rapidement disparu et il est à remarquer que les phénomènes d'hyperchlorhydrie se sont également dissipés.

D'autres cas, d'ailleurs, montrent de façon analogue l'action générale de l'Hordénine sur les sécrétions :

*Deux tuberculeux atteints de diarrhée aiguë* sont traités avec succès l'un par 5 bulles d'Hordénine-Lauth par jour, l'autre par une piqûre journalière accompagnée de 8 bulles. Ces malades constatent qu'au cours du traitement les sueurs nocturnes, jusque là très abondantes, ont été fort atténuées.

M. le Dr Marty a traité par l'Hordénine-Lauth une *entérocolite persistante* avec 20 selles par jour, non améliorée par le régime et la thérapeutique ordinaires Il est fait, en 6 jours consécutifs, une première série de 6 piqûres, qui réduit à 3 ou 4 le nombre des selles. Après un repos de quelques jours, une nouvelle série de piqûres a raison de la maladie, dont deux retours offensifs ultérieurs sont rapidement jugulés par une ou deux injections d'Hordénine-Lauth.

Ce cas est particulièrement intéressant, car il montre l'efficacité du traitement à chaque récidive de la maladie.

Il est intéressant également de signaler la belle série d'ohservations communiquées dans les Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales par M. le Dr Lucas, médecin-major des troupes coloniales. Quinze observations montrent, avec la plus grande netteté, l'action spécifique de l'Hordénine-Lauth dans les cas ressortissants de l'*endémie diarrhéique*. Le mode d'administration a toujours été par la voie stomacale.

M. le Dr Joyeux, médecin de l'Assistance indigène en Haute-Guinée a également communiqué à la Société d'Hygiène et de Médecine tropicales une étude documentée sur l'action de l'Hordénine dans le traitement des *affections intestinales aux colonies*. Il a presque exclusivement employé l'administration par la voie gastrique. Chez les indigènes, aucun régime n'a été prescrit; les Européens ont en le régime le plus rationnel possible. La dose donnée a été généralement de 10 hulles par jour, soit un gramme de sel.

M. le Dr Joyeux, après avoir fait l'exposé de 25 cas, tous traités avec succès, termine par cette phrase que nous empruntons au résumé paru dans la *Revue d'Hygiène et de Médecine coloniales* (tome 7, no 1, 1910) : « L'Hordénine est un médicament pré« cieux, appelé à rendre de grands services dans le « traitement souvent difficile des affections intesti« nales si variées et si peu connues que le médecin « colonial est appelé à traiter. »

Le succès de l'Hordénine Lauth n'a pas été moindre dans l'application de cet alcaloïde à la *thérapeutique infantile*. Parmi les nombreux expérimentateurs que la question a intéressé, mentionnons la helle série d'ohservations de M. le Dr Cazanove, qui, ayant heureusement traité chez les adultes de fréquents cas *d'entérocolites*, de *diarrhées séreuses*, ou *dysentériformes*, a appliqué le même traitement aux affections diarrhéiques infantiles. Le succès a été complet dans les *diarrhées vertes*, *diarrhées séreuses*, en employant exclusivement la méthode par injections.

M. le Dr Gaujon a été aussi heureux dans le traitement par les injections d'Hordénine-Lauth d'un grand nombre d'*entérites*, de *gastro-entérites*, etc., chez les enfants, et la guérison a toujours été promptement obtenue.

L'Hordénine-Lauth a donc victorieusement subi l'épreuve qui atteint, souvent gravement, les produits dont la valeur scientifique perd à se produire au grand jour de l'expérimentation pratique. De tous côtés, les docteurs qui ont essayé l'Hordénine-Lauth l'ont adoptée dans leur thérapeutique courante, et les succès ont été d'une concordance si absolue qu'il est permis de dire qu'aucun flux diarrhéique n'a résisté à l'administration de l'Hordénine.

*Mode d'emploi.* — L'Hordénine-Lauth se présente en ampoules dosées à 0 gr. 25 par centimètre cube et en bulles contenant chacune 0 gr. 10 de sel. L'administration par la voie hypodermique a toujours donné des résultats plus nets et plus rapides : on a habituellement fait une injection quotidienne ou hiquotidienne, quelquefois même on a fait 2 injections par jour. Aux nourrissons, on a injecté 1/2 ou 1 ampoule chaque jour.

Les hulles, ou capsules extra-solubles, ont été données à la dose de 8 à 10 par jour chez les adultes. La dose pour les enfants a été modifiée selon l'âge : aux nourrissons on a donné chaque jour le contenu de 3 à 5 bulles dissous dans du lait ou dans tout autre liquide.

Notons que dans les rares cas rehelles à un traitement de quelques jours, on a obtenu le résultat désiré en cessant pendant quelques jours, puis reprenant l'administration du médicament.

*Indications.* — Ainsi que nous l'avons dit, les hyperchlorhydries, les gastrites, etc., bénéficieront grandement du traitement par l'Hordénine-Lauth. Ce médicament donnera ses plus heureux résultats dans toutes les formes de diarrhées, d'entérites, mucomemhraneuses, glaireuses, dans les dysenteries, etc. Son action adjuvante tonicardiaque en fera un médicament très utile dans les typhoïdes, à qui il contribuera à assurer un cours normal et bénin.

En thérapeutique infantile, l'Hordénine-Lauth sera d'un précieux secours pour juguler les diarrhées vertes, les gastro-entérites, etc. Il va sans dire que le régime normal devra accompagner l'administration du médicament : pourtant, nous avons vu que l'Hordénine avait raison facilement des rechutes occasionnées par des écarts de régime.

(1) V. *Gazette Médicale de Paris*, 1er octobre 1909.

Précieuse dans les climats tempérés, surtout pendant la saison estivale, l'Hordénine-Lauth s'affirme comme le remède indispensable aux colonies pour combattre les diarrhées et les dysenteries des pays chauds : il montre là une action spécifique comparable à celle de la quinine dans les fièvres. Adoptée depuis longtemps par les services de l'Etat, nous savons que l'Hordénine-Lauth donne aux colonies les résultats que ses essais avaient fait espérer.

Le champ est encore vaste des recherches en cours ayant trait aux propriétés de l'Hordénine : nous ne manquerons pas d'en signaler les résultats lorsqu'ils nous paraîtront intéressants pour le corps médical.

C. Pépin,
*Docteur en pharmacie,*
*Lauréat de la Société Chimique de France*
*Lauréat de la Société de Pharmacie de Paris.*

## REVUE CLINIQUE

**Fausse typhoïde d'origine bacillaire,** par les Drs E. Weill et G. Mouriquand (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*).

La clinique et le laboratoire nous apportent chaque jour des faits nouveaux qui montrent sous quels aspects multiples et inattendus peut apparaître l'infection bacillaire. La notion très générale de « tuberculose inflammatoire », introduite par M. Poncet, nous a habitués d'ailleurs à ne plus nous étonner en matière de manifestation tuberculeuse :

Cette infection peut revêtir tous les masques, un des plus trompeurs est peut-être celui qu'elle prend dans la forme typho-bacillaire. Cette forme, très complètement décrite par L. Landouzy, en 1885, était restée quelque peu dans l'ombre. Elle vient d'être rajeunie par des publications récentes. Nous venons de lui consacrer nous-mêmes une étude (1) qui s'appuie sur de nombreuses observations recueillies à la clinique infantile et minutieusement suivies au point de vue clinique et bactériologique. Ce que, pratiquement, on ne sait pas encore assez bien, c'est que — chez l'enfant tout au moins — cette forme est d'une grande fréquence.

Au lendemain de notre publication nous pouvons en apporter un nouvel exemple.

Louise L...., 14 ans, a une sœur morte de méningite. Pas d'autres traces de tuberculose dans sa famille ou dans ses propres antécédents. Elle entre à la clinique infantile le 22 octobre. A ce moment on note que l'affection actuelle a débuté, il y a quinze jours, par un rhume de cerveau, puis la malade s'est mise à tousser. Depuis le dimanche 17 octobre, elle est tombée dans un état très marqué de prostration ; elle n'accusait aucune douleur, était très altérée, ne mangeait pas. La température évolue autour de 39°. A l'entrée, la malade est toujours très prostrée, elle répond sans empressement. La langue est saburrale ; un peu de rougeur des régions amygdaliennes, sans ulcérations. Rien au poumon, rien au cœur.

Le foie n'est pas gros. La rate est hypertrophiée, elle donne trois travers de doigt de matité, elle est nettement perçue à la palpation.

On trouve deux taches rosées, une sur la ligne blanche, sous l'ombilic, l'autre à la base du thorax droit, en avant. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le pouls est à 100, régulier.

Le *27 octobre* : quelques irrégularités dans la courbe thermique. La langue est toujours très saburrale, peu étalée. Il existe sur les gencives un enduit pultacé. Le ventre est un peu météorisé, non douloureux. La tache rosée sous-ombilicale persiste encore mais elle est seule. On note une légère obscurité à la base gauche en arrière.

La malade ne pouvait être considérée que comme une typhique en raison des symptômes très caractéristiques qu'elle présentait (langue blanche, météorisme abdominal, hypertrophie splénique, taches rosées).

Cependant la séro-réaction de Widal pratiquée le 23 octobre (16e jour de la maladie), est franchement négative.

La convalescence n'est pas franche ; la température bien loin de descendre à la normale évolue irrégulièrement autour de 38°. L'appétit n'est pas revenu, la malade pâlit et maigrit, jamais abattue d'ailleurs lorsque la température monte.

Le 23 novembre, l'intradermo-réaction à la tuberculine est très fortement positive. Elle apparaît sous forme d'un nodule rosé de la grosseur d'une amande qui s'étend au point d'atteindre une surface supérieure à celle d'une pièce de deux francs. Le 1er décembre, la réaction persiste encore.

L'auscultation montre le 30 novembre une obscurité du poumon droit qui va en croissant de la base au sommet.

La radiographie indique une légère opacité à la base droite.

Il n'est pas douteux que cette malade soit entrée, actuellement, dans la tuberculose.

Mais comment interpréter son affection aiguë primitive qui ressemblait à la dothiénentérie la plus typique ? Taches rosées, la splénomégalie, etc., existaient. Mais le sérodiagnostic typique était négatif an 16e jour. En y regardant aujourd'hui de près — averti que nous sommes par l'évolution ultérieure — on peut se rendre compte que la courbe n'était pas absolument caractéristique, que même à la période d'état d'assez fortes oscillations existaient. La convalescence, loin de marquer une période favorable, a coïncidé avec une atteinte plus profonde de l'état général. La localisation pulmonaire vient d'apparaître. L'intradermo-réaction est fortement positive.

MM. Lesieur, Jaubert ont montré, par des observations très précises, que la fièvre typhoïde pouvait favoriser le développement ultérieur de la tuberculose. Mais à côté de ces cas — incontestables — il en existe d'autres — le nôtre est du nombre — où la manifestation primitive d'allure typhique doit être considérée comme une fausse typhoïde, manifestation aiguë, non granulique d'une bacillose qui ne se localise qu'ultérieurement (comme dans notre cas) ou qui peut même ne pas se localiser et guérir sans laisser de traces.

Nous avons — dans notre mémoire — indiqué les éléments — d'ordre clinique et scientifique — de ce diagnostic. Nous n'y reviendrons pas.

(1) E. Weill et G. Mouriquand. — *Presse médicale*, 27 novembre 1909.

**Les porteurs de bacilles diphtéritiques.**

Le Dr G.-H. Lemoine (Val-de-Grâce), montre *chez les sujets sains*, qui n'ont pas été atteints de diphtérie, la présence du microbe spécifique dans la salive ou le mucus pharyngé est le plus souvent intermittente ou passagère. Le danger de ces sujets, au point de vue de la propagation de la maladie, est nul. Il semble en être de même pour certains porteurs chroniques sains de bacilles diphtériques, alors même que le germe existe d'une façon constante et abondamment dans la gorge du sujet.

*Chez les malades*, la constatation du bacille diphtérique dans les exsudats pharyngés, en décelant la nature de la maladie, impose l'isolement immédiat ; il en est de même pour les cas frustes.

*Pour les convalescents*, la simple présence du bacille dans la gorge n'est pas un motif suffisant pour maintenir l'isolement ; il faut encore qu'il persiste des séquelles de l'affection (coryza chronique, pharyngite persistante, etc.).

L'examen clinique minutieux, complété par l'examen bactériologique, permettra, dans bien des cas, de prendre des mesures moins rigoureuses et plus rationnelles.

Les porteurs de séquelles et les souffrants seuls sont à craindre.

M. Louis Martin. Il est possible que sur le vu des faits observés par lui, M. Lemoine puisse affirmer que les porteurs de bacilles virulents qui n'ont pas de manifestations cliniques de la diphtérie ne soient pas contagieux. Mais comment expliquer les cas en apparence primitifs, sinon par la contagion grâce à ces porteurs de bacilles ? Comment expliquer qu'un rougeoleux, un scarlatineux qui entre à l'hôpital pour la rougeole ou la scarlatine, meurt de diphtérie, sinon par le fait qu'étant spécialement prédisposé, il a contracté la diphtérie au voisinage de porteurs de bacilles, ou que sa cavité pharyngienne contenait auparavant des bacilles virulents ? Le fait observé par M. Lemoine peut être vrai pour des gens sains. Il ne saurait être généralisé à des prédisposés, et nombreuses peuvent être les conditions qui créent cette prédisposition.

Dire qu'on préfère les signes cliniques à la bactériologie me paraît également un peu osé. J'ai observé à Préva le fait suivant. Dans une école de 40 enfants, en examinant systématiquement la gorge de tous ces enfants, j'ai pu en éliminer trois. Or, ces trois enfants avaient été précisément les seuls à être en contact avec l'enfant atteint de diphtérie et qui motivait mon enquête. Une enquête analogue faite sur le personnel d'une grande épicerie parisienne me permit d'éliminer tous les sujets ayant été en contact avec le malade. Tous ces porteurs de bacilles eurent d'ailleurs la diphtérie.

M. Lemoine présente le côté décevant de la question prophylactique, mais si l'on voit l'autre côté, on constate qu'il permet de déceler les cas latents et de rendre bien des services.

M. Lemoine ne repousse pas systématiquement l'examen bactériologique. Mais les cas cités par M. Martin ne détruisent pas le bien fondé de sa thèse, car tous ces malades porteurs de bacilles ont été en contact avec des diphtériques. Que fera M. Martin dans une collectivité de 800, 1.200 hommes ? Examinera-t-il la gorge de ces huit cents individus ? Et pourquoi ne pas tenir compte de mes remarques et procéder comme je fais ? J'isole tous les malades qui ont été en contact avec un diphtérique, j'examine leur gorge, et je ne retiens dans cet isolement complet que le porteur de bacilles, avec manifestations cliniques, formes frustes de la diphtérie.

(*Soc. méd. des Hôp.*)

**Œdème aigu du poumon, unique manifestation d'une pneumopathie pneumococcique. Formes cliniques des œdèmes pneumococciques du poumon.**

MM. Georges Guillain et Laroche rapportent le cas d'un homme de 45 ans qui, en pleine santé apparente, est pris subitement après son dîner d'une dyspnée extrême ; il est amené à l'hôpital Cochin où nous constatons le tableau clinique complet de l'œdème aigu du poumon ; cet œdème guérit après une saignée. Cet œdème aigu n'est pas survenu au cours d'une aortite ni d'une néphrite aiguë, mais nous avons constaté le lendemain de la crise dans le crachoir du malade quelques crachats rouillés typiques contenant du pneumocoque virulent. Cette infection pulmonaire pneumococcique ne s'est traduite par aucune fièvre, aucun signe d'auscultation ; l'œdème aigu du poumon fut l'unique manifestation par laquelle l'infection pulmonaire s'est traduite cliniquement.

Différentes formes cliniques des œdèmes pneumococciques du poumon sont déjà connues, tels que l'œdème pulmonaire agonique des pneumoniques, l'œdème aigu survenant au cours de la pneumonie franche aiguë, l'œdème pulmonaire d'origine pneumonique chez les cardiaques bien étudié par MM. Merklen et Pouliot, les œdèmes subaigus du poumon à pneumocoques survenant au cours d'infections pulmonaires diverses et sur lesquels MM. Caussade, Milhit et

de Jong ont attiré l'attention. Dans la forme clinique que nous décrivons, il s'agit d'une infection pneumococcique pulmonaire qui se traduit uniquement par le syndrome de l'œdème aigu : cette forme clinique constitue une pneumopathie pneumococcique abortive, une forme fruste de la pneumonie, un équivalent pneumonique. Au point de vue de la physiologie pathologique, il semble que l'œdème aigu du poumon ait été dans notre cas une réaction de défense précoce, intense, salutaire.

M. Ménétrier. Pourquoi M. Guillain se croit-il le droit d'affirmer que l'œdème aigu, dans le cas qu'il vient de rapporter était dû au pneumocoque, puisque son malade n'avait pas de pneumonie ?

M. Guillain. Sur les signes d'auscultation que le malade présentait à son entrée à l'hôpital et qui étaient complètement négatifs.

M. Ménétrier. Un foyer de pneumonie peut être profond ou latent, et passer complètement inaperçu à l'auscultation.

M. Guillain. J'ajoute que l'évolution de l'affection, l'absence de phénomènes généraux, ne plaidaient guère en faveur de ce foyer latent. Par contre, notre malade n'était ni un rénal, ni un cardiaque.

M. Fernand Bezançon. La question des œdèmes infectieux pneumococciques est plus complexe qu'on ne pense et peut prêter à plusieurs erreurs.

La première tient à ce que tout liquide d'œdème s'infecte avec une facilité extraordinaire. L'œdème d'origine aseptique le plus net peut, au contact de la salive, se charger de pneumocoques, et récemment Babès a signalé ce fait à la *Société de biologie*.

La seconde, c'est que lorsqu'on parle de pneumonie œdémateuse on confond des faits disparates. Il y a des cas réels bien étudiés par Caussade, Milhit, Israël de Jong, où l'œdème se surajoute nettement à la pneumonie. Il y en a d'autres où l'on voit un individu emphysémateux, qui fait une pneumonie. Il a dès lors sa pneumonie plus une bronchorrée banale qui ressemble à l'œdème, renferme de l'albumine en très grande quantité, et qui, histologiquement, contient du pneumocoque ; il y a, enfin, des congestions pulmonaires et des pneumococcies atténuées qui frisent la pneumonie, qui sont ou frustes ou traînantes, donnent lieu à une expectoration grumeuse renfermant du pneumocoque, intermédiaires à l'œdème et à la pneumonie.

M. Guillain. Ces remarques ne semblent pas s'appliquer à mon cas où il s'agissait nettement d'un œdème bronchoplégique, et où, si mon malade avait été ou cardiaque ou rénal, on n'aurait pas douté un seul instant qu'il s'agissait d'œdème aigu.

M. Josué. Il semble bien difficile, en l'absence d'expectoration, de dire qu'il s'agissait d'œdème aigu. Peut-être s'agissait-il d'une poussée congestive brusque plutôt que d'œdème.

M. Guillain. Que si l'on admet cette manière de voir, c'est rayer d'un trait facile l'œdème bronchoplégique avec ses symptômes, sa brusquerie d'apparition, sa généralisation.

(*Soc. méd. des Hôp.*).

**L'Ulcératio simplex de l'estomac. Discussion sur le traitement**, par M. le professeur Dieulafoy (Hôtel-Dieu). (*Concours médical.*)

Il y a trois semaines, entrait dans le service le malade aujourd'hui devant vous, dans cet amphithéâtre. Vous le voyez encore très pâle, mais cette pâleur n'est rien à côté de ce qu'elle était au moment de son admission. Voici l'histoire de ce jeune homme. Il est âgé de 22 ans. Le dimanche 9 janvier, il va dîner avec des amis. Sans être malade, il s'était senti souffrant, un peu mal en train dans la journée. Quoi qu'il en soit, il dîna mais pas copieusement, n'ayant pas faim. Le repas terminé, il sort faire une promenade. A peine dehors, il se sent pris de vertige et il a un vomissement de sang subit, assez abondant, que l'on peut évaluer approximativement, d'après ses indications, à 200 ou 300 grammes. On le conduit chez un pharmacien, et, après quelques soins, il repart. Il ne va pas loin, cependant, car il est bientôt obligé de s'arrêter; il s'accoude près d'une porte et vomit à nouveau du sang, cette fois, dit-il, un demi-litre. Entre la première et la seconde hématémèse, s'étaient produites des douleurs abdominales, et une diarrhée que l'on peut supposer être du melæna. Après ce deuxième vomissement de sang, le patient est reconduit chez lui en fiacre et il se couche.

Le surlendemain, le mardi, se sentant mieux, le malade veut aller travailler. Le mercredi, il vient nous voir à l'Hôtel-Dieu. Il se présente à nous pâle, d'une pâleur cadavérique. Nous cherchons à savoir s'il a encore du melœna. L'absence de garde-robes ne nous permet pas de connaître ce renseignement. Le jeudi 13 janvier, il se plaint de céphalée, de douleurs abdominales. Le vendredi 14, il est pris, à midi et demie, de grandes hématémèses. Il vomit du sang avec des caillots. Le dimanche suivant, nouvelle hématémèse avec caillots. Les garde-robes sont mélœniques.

Le diagnostic avait déjà été porté. Quand on est en face d'un jeune garçon sans passé stomacal, n'ayant pas eu les douleurs de l'ulcus gastrique dont l'affection a pour premier grand symptôme l'hématémèse, on ne doit pas accepter le diagnostic d'ulcus simplex de Cruveilhier.

On observe aussi des hématémèses, vous le savez, dans la cirrhose et la précirrhose. Il s'agit de sujets qui ont des varices de l'œsophage, de l'estomac. A un moment donné, une de ces varices s'ouvre et il peut s'ensuivre, quelquefois, une mort rapide. Ici, il n'était pas question de cirrhose, pas plus que d'ulcus simplex. Je n'ignore pas qu'il est des observations d'ulcus simplex où l'évolution a été latente. Ces ulcus, à tendance perforante, peuvent se manifester par une perforation subite. De ce qu'un malade n'a pas de passé gastrique, on ne saurait conclure immédiatement qu'il n'a pas d'ulcère simple. Toutefois, dans la majorité des cas, l'ulcère de Cruveilhier comporte des antécédents.

Éloignant ces diagnostics, nous nous trouvions en face de quoi ? D'une lésion que j'ai décrite, il y a une dizaine d'années, sous le nom d'*ulcératio simplex* de l'estomac. J'ai observé cette affection pour la première fois dans des conditions spéciales.

C'était le jour où je faisais ma première clinique à l'Hôtel-Dieu. Ce jour-là, ma leçon venait à peine d'être terminée qu'on me prévint qu'un malade était entré, admis d'urgence, dans le service. Cet homme avait eu une hématémèse intense. Il était exsangue. Je me dis : « Ce doit être un ulcus simplex ». Le lendemain, une nouvelle hématémèse se produisit et peu après le malade mourut. A l'autopsie, l'examen de l'estomac ne révéla d'abord rien. C'est seulement en développant les plis de la muqueuse, en recherchant à l'œil nu et surtout à la loupe, que je découvris une petite exulcération non excavée, n'ayant pas l'aspect de l'ulcus de Cruveilhier, offrant une fine artériole ouverte, comme taillée en biseau. L'estomac, à part cela, était sain. L'hémorrhagie ne s'était pas arrêtée spontanément, vu l'état de l'ouverture artérielle. L'érosion d'une petite artériole rampant sous la muqueuse avait suffi à produire une hématémèse mortelle. Je donnai à cette affection le nom d'ulcératio simplex pour la distinguer de l'ulcère simple.

Trois mois plus tard, nous reçûmes dans le service un second malade entièrement analogue, pâle, exsangue. Il nous raconta, que, quelques jours auparavant, il avait eu, rue de la Montagne-Sainte-Geneviève une hématémèse foudroyante. Il avait vomi sur le trottoir une telle quantité de sang que ses pieds clapotaient dans son sang. Rentré chez lui, une nouvelle hématémèse s'était produite. Je portai le diagnostic d'ulcératio simplex, je mis le malade au repos absolu au lit, sans alimentation, à peine quelques cuillerées d'eau, me disant : « Si l'hématémèse reprend, nous ferons opérer ce patient ». Le lendemain, il vomit une cuvette de sang. Je fis appeler M. Cazin, qui suppléait M. Duplay, et lui demandai d'intervenir d'urgence, malgré l'état d'affaiblissement du sujet. L'estomac ouvert, M. Cazin ne trouva d'abord aucune lésion. Ayant insisté pour qu'une recherche minutieuse fût faite, notre conviction qu'il y avait quelque chose fut couronnée de succès. En épongeant par petites places la muqueuse de l'estomac retourné, on finit par rencontrer en un endroit un petit jet de sang. L'artériole ouverte fut ligaturée. Dix jours après, le malade mangeait un bifteck et depuis, les accidents ne se sont plus jamais reproduits.

Je passe sur les autres observations. Un certain nombre ont été publiées. Voici, en quelques mots, l'histoire de cette affection. C'est une érosion qui intéresse une petite artériole superficielle. L'artériole lésée est ouverte, comme taillée en biseau. Par quoi ? Par un processus probablement infectieux qui laisse le reste de l'estomac intact et ne touche qu'un point de la muqueuse. Chose remarquable, le premier et unique symptôme est l'hématémèse. Quand vous observez une grande hématémèse subite, sans passé stomacal, pensez à l'ulcératio simplex.

Chez notre malade actuel, nous avons fait faire des recherches hématologiques sur son sang. Le 17 janvier, il avait 800.000 globules rouges par cent. cube au lieu de 5 millions. Nous l'avons mis à un régime doux avec, comme prescription pharmaceutique, du chlorure de calcium et la potion chère à Trousseau, composée d'eau de Rabel et de sirop de ratanhia, en alternant les deux potions. Le malade, mourant de soif, prenait seulement une cuillerée d'eau toutes les heures. Le lendemain, je permis un peu plus d'eau, puis un peu de lait dans l'eau. Bientôt, il se sentait mieux et avait 1 million 900.000 globules rouges. On lui donna plus de lait. De même, il reçut des injections de sérum, à petites doses, 25 gr., 50 gr. La quantité de lait fut augmentée jusqu'à 1.200, 1.800 grammes. Le 4 février, la numération des globules donnait 2 millions 230.000. Le 9 février, elle s'élevait à 2 millions 800.000. Le 17 février, le malade prend 2 litres 500 de lait et des fécules de pommes de terre, de riz, d'orge. La numération globulaire enregistre 3 millions de globules. La partie est gagnée et cet homme sortira guéri du service.

En résumé, ce malade a été atteint d'ulcératio simplex de l'estomac. Les hématémèses abondantes et répétées ont été le symptôme dominant de la maladie. Si de nouvelles hématémèses étaient survenues, j'aurais eu recours à l'intervention chirurgicale. Actuellement, le patient peut être considéré comme guéri, et guéri définitivement, sans retour ; l'expérience m'a prouvé, en effet, que cette lésion n'est pas sujette à récidive. C'est là une notion importante pour le pronostic.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Sur la nécessité de l'envoi des tuberculoses chirurgicales à la mer ou à la campagne.** (*Société des Chirurgiens de Paris*).

M. Judet soutient que l'on peut très bien guérir les tuberculoses chirurgicales dans les grandes villes, avec un bon traitement local et une bonne hygiène.

M. Lance. Nous devons guérir à Paris la grande majorité des tuberculoses chirurgicales, pourvu qu'elles se trouvent dans les conditions d'hygiène, de docilité voulues. Mais toutes les autres conditions étant égales, le séjour à la mer, dans les limites de ses indications et contre-indications, avec un choix judicieux du climat, est un adjuvant puissant au traitement local. Après avoir résumé l'action du climat marin sur les différentes affections à leurs diverses périodes et montré de quels facteurs se compose cette action en insistant en particulier sur le rôle de l'aération continue qui permet la suralimentation des malades immobilisés. M. Lance pense que le traitement marin présente des avantages évidents. Si on y ajoute pour la classe riche l'importance de l'éloignement des relations mondaines, l'autorité de l'exemple. Il est certain que si le malade peut effectuer la cure marine dans de bonnes conditions, on ne peut que le lui conseiller.

M. Brodier. L'influence du climat, la composition de l'air atmosphérique a-t-elle une influence salutaire sur les moyens de défensive de l'organisme. C'est là un problème à équation simple dont la solution est facile et a été prouvée. Convient-il d'envoyer les tuberculoses chirurgicales à la campagne? Ce second problème est à équations multiples, et la solution en est moins aisée. Il faut admettre tout d'abord qu'au point de vue chirurgical, les malades reçoivent les mêmes soins à la campagne qu'à la ville. Il convient surtout d'envoyer à la campagne : 1° les tuberculoses qui ne sont que la manifestation locale d'un état général ou d'une tuberculose en mouvement ; 2° les affections suspectes d'être tuberculeuses ; 3° les tuberculoses sériques. Le séjour à la campagne, à la mer ou dans la montagne, avec une bonne alimentation et des soins méthodiques et rationnels ne peut avoir d'efficacité qu'à la condition que le malade se plaise à la campagne pour tirer tous les bénéfices de son changement de milieu.

**Intervention pour craquements sous-scapulaires.** (*Soc. des chirurgiens de Paris*).

M. A. Huguier présente une jeune fille opérée pour des craquements sous-scapulaires gauches extrêmement intenses, datant de six ans. Incision verticale le long du bord spinal de l'omoplate, puis on taille dans le trapèze et le rhomboïde un lambeau, et explorant la face profonde de l'omoplate, on trouve un petit crochet osseux au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate, on le résèque. Interposition du lambeau musculaire entre le thorax et l'omoplate. Guérison parfaite des craquements. Pas de déviation ni de gène dans les mouvements de cet os. Il s'agit d'une exostose ostéo-cartilagineuse grosse comme un petit pois, développée du sommet de l'angle supérieur de l'omoplate.

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Les effets des tremblements de terre sur les sources minérales.** (*Académie des Sciences*).

Suivant les observations faites lors du tremblement de terre du 10 octobre par M. F. Mulli, directeur de l'établissement gouvernemental styrien des cures balnéaires, à Rohitsch-Sauerbrunn, les sources minérales de Rohitsch ont présenté immédiatement après la secousse sismique un précipité brun de rouille et des exhalaisons plus abondantes qu'à l'ordinaire d'acide carbonique. A 9 heures matin, les sources recommencèrent à fournir de l'eau minérale limpide, mais l'abondance des exhalaisons gazeuses continua jusque dans l'après-midi.

Or, dit la *Revue générale des sciences* (30 mars), l'action des tremblements de terre sur les sources même éloignées est un phénomène assez fréquent, dont M. F.-E. Suess a donné en 1900 une interprétation fort satisfaisante.

Comme on le confirme facilement sur un siphon quelconque, les secousses imprimées à une solution gazeuse sursaturée activent à un haut degré le dégagement du gaz. Ce dégagement qui a lieu quand la colonne liquide est déplacée d'un bloc, se produit avec encore une bien plus grande intensité lorsque le liquide est soumis à des vibrations moléculaires analogues aux vibrations acoustiques.

Or, dans l'action à distance des fortes secousses sismiques, il s'agit évidemment de vibrations imprimées aux masses minérales qui alimentent les sources, vibrations parfaitement capables de provoquer la décharge spontanée des masses gazeuses, en même temps que l'éruption soudaine du liquide et la projection des composés solides.

## REVUE D'UROLOGIE

**Étude sur les concentrations urinaires.** (*Arch. intern. de Physiologie*).

MM. Ambard et Papin ont étudié les concentrations urinaires non dans des expériences extemporanées, mais dans des expériences de longue haleine poursuivies pendant des semaines chez le chien. Avec un régime carné pur et de l'eau à volonté comme boisson, ils ont obtenu une concentration urinaire constante, particulièrement au point de vue de l'urée. Ils arrivent aux conclusions suivantes, intéressantes au point de vue de l'étude de l'urémie :

1° *Elimination de l'urée.*

A. *Concentration.* — *a)* Le chien, au cours d'une alimentation carnée pure et buvant à volonté de l'eau, élimine l'urée à une concentration constante après une courte période d'adaptation.

*b)* Cette concentration reste indépendante de la richesse du régime en albumine.

*c)* Cette concentration constante est aussi une concentration limite.

*d)* Il existe pour chaque animal, une concentration limite : le taux de celle-ci est en rapport avec le degré de la néphrite si fréquente chez le chien.

*e)* Les causes qui écartent la concentration de l'urée, de taux limite pour un chien déterminé sont :

L'ingestion d'aliments déterminant une soif digestive supérieure à la soif rénale (exemple : pain, sel, etc.).

L'insuffisance du régime en calorie qui porte l'animal à calmer sa faim en buvant.

La diarrhée, dont il faut toujours se défier avec les régimes trop riches en viande.

L'apparition ou la progression d'une néphrite (exemple : ingestion trop considérable de sel).

B. *Elimination maxima et concentration.* — *a)* Le rein peut éliminer une quantité d'autant plus grande d'urée que la sécrétion se fait à des concentrations plus faibles.

*b)* Il existe pour chaque concentration une élimination maxima.

*c)* Il existe pour la concentration limite, une élimination limite, qui est d'environ 5 grammes par jour et par kilog. d'animal.

C. *Concentration de l'urée et quantité de parenchyme rénal.* — *a)* La réduction du parenchyme rénal n'a pas d'effet sur la concentration tant que la réduction du parenchyme ne dépasse pas une certaine limite ; cette limite est atteinte quand la quantité d'urée que doit éliminer l'animal est, par la réduction du parenchyme, devenue supérieure à la quantité d'urée que le parenchyme restant peut éliminer à la concentration limite.

*b)* Le chien, dans ce cas, peut éliminer son urée à faible concentration, ce qui lui permet dans l'unité du temps, une quantité plus considérable de l'urée.

*c)* Ce mécanisme compensateur ne se réalise qu'au prix d'une accumulation d'urée dans le sang, par conséquent d'une véritable urémie ; il est limité par cette dernière qui, à un certain degré entraîne la mort de l'animal.

2° *Elimination de Na Cl.*

*a)* Il existe après une courte période d'adaptation une concentration constante de NaCl, chez l'animal auquel on injecte NaCl en solutions concentrées, et qui peut boire à volonté.

*b)* Il existe pour NaCl, une concentration limite, chez l'animal qui peut boire à volonté.

*c)* Il existe chez l'animal qui ingère du sel sans boire à volonté, une concentration de NaCl supérieure à la précédente.

*d)* La concentration chez l'animal qui boit à volonté est physiologique, la seconde est pathologique ; la première n'altère pas la fonction de concentration de l'urée, la seconde la déprime d'une façon manifeste et durable.

*e)* Chez ces divers chiens, les concentrations limites de NaCl, sont à peu près proportionnelles aux concentrations limites de l'urée.

3° *Rapports des concentrations de l'urée, NaCl, (glucose), Na et Cl.*

*a)* Il existe une indépendance absolue des concentrations de l'urée et de NaCl.

*b)* Cette indépendance absolue ne peut se manifester que lorsqu'un de ces éléments au moins se maintient dans l'urée, à la concentration limite, tandis que la concentration de l'autre élément progresse.

*c)* Les expériences extemporanées sont inaptes à mettre ces indépendances absolues en évidence, en raison du temps d'adaptation requis par le rein pour éliminer à une concentration différente l'élément dont la concentration progresse.

*d)* Cette indépendance des concentrations pose le problème de la concentration générale illimitée de l'urine.

*e)* La concentration maxima de glucose semble également indépendante de celle de l'urée et de NaCl.

*f)* L'indépendance des concentrations des sels soulève deux questions :

*A)* L'indépendance des sels à tons différents, difficile à aborder en raison de la difficultés d'obtenir en quantité appréciable, deux de ces sels dans l'urine.

*B)* L'indépendance des sels à ions communs : elle ne paraît pas exister; la concentration globale de ces sels est limitée par la concentration de l'ion commun.

4° *Volume de l'urine*

*a)* Il existe des volumes d'urine facultatifs déterminés par l'eau ingérée en quantités indépendantes des besoins du rein; ces volumes n'ont pas de signification physiologique.

*b)* Il existe un volume d'urine obligatoire, qui est le plus petit volume compatible avec l'excrétion des substances solides. Il est l'expression de l'activité pure du rein.

*c)* Le volume obligatoire de l'urine est caractérisé par la présence d'un des composants de l'urine à la concentration; il est proportionnel à la concentration de cette substance et à sa quantité.

*d)* Le volume obligatoire est le seul repère qui nous permettra d'apprécier la signification d'une polyurie et la valeur diurétique d'une substance s'éliminant par le rein.

5° *Elimination de l'urée et urémie.*

*a)* L'élimination de l'urée à faible concentration obligatoire semble reconnaître deux mécanismes différents : le premier réside dans une incapacité propre à la cellule rénale de concentrer l'urée (néphrite, troubles fonctionnels sans lésions ?) ; le second réside dans une surcharge uréique du sang, qui sollicite le rein à sécréter dilué, pour accomplir une élimination quantita-

tive déterminée (restriction du parenchyme rénal).

*b)* La restriction rénale réalise à elle seule, le syndrome urémique de la néphrite interstitielle et semble envelopper la pathogénie de cette affection.

## REVUE DE DIETETIQUE

**Essai de diététique du tabès,** par le Docteur Belugou, de La Malou (*Cong. de Physiothérapie*).

L'auteur étudie le régime alimentaire qui convient aux tabétiques, aux diverses périodes de leur affection, et d'après la nature des symptômes et des complications, surtout des complications viscérales.

D'abord, il analyse les principales exigences de la diététique du tabes, quelle que soit sa forme, quel que soit son degré.

Il étudie ensuite la réglementation du régime chez les ataxiques atteints de troubles gastro-intestinaux plus ou moins rattachés à l'évolution du mal, depuis la constipation et l'atonie gastro-intestinale, jusqu'aux désordres douloureux de la crise gastrique.

La diététique appropriée y est successivement envisagée dans le double but : d'une part, de s'opposer à l'aggravation progressive des symptômes digestifs ; d'autre part, de donner au patient des matériaux de réparation nécessaires à la restauration de la force nerveuse.

## REVUE DE RADIOGRAPH.E

**Préparation bismuthée pour radiographie**

M. Guernet (de Rouen) prépare ainsi la bouillie de Quenneville, qui conviendrait mieux que toute autre pour les radiographies de l'estomac.

Prendre :

| | |
|---|---|
| Azotate neutre de bismuth cristallisé | 105 gr. |
| Glycérine à 30° | 150 gr. |
| Solntion de KOH à 8,5 0/0........ | 1.000 gr. |
| $SO^4H^2$ à 5 % environ........ | 200 cc. |

Mélanger avec soin à l'aide d'un agitateur, dans nne terrine, la glycérine et l'azotate de bismnth. Ajouter par très petites portions 500 centimètres cubes d'eau en agitant constamment jusqu'à dissolution des cristaux. Si la solution n'est pas limpide, filtrer. Verser peu à peu dans la liqueur, en agitant constamment la solution de potasse. Ajouter ensuite, lentement, goutte à goutte, la solution d'acide sulfurique, s'arrêter quand la solution est neutre ou légèrement acide. A l'aide de quelques gouttes de solution de potasse, alcaliniser faiblement le mélange. On obtient ainsi un précipité blanc, gélatineux, qu'on jette sur une étamine. On le lave à l'eau distillée jusqu'à ce que les eaux de lavage n'entrainent plus de sulfates. Le magma est alors mélangé par agitation avec :

Eau distillée, q. s. pour......... 500 cc.

On obtient ainsi une crème contenant 10 pour 100 d'hydrate d'oxyde correspondant à 13 pour 100 de sous-nitrate de bismuth.

Cette crème présente l'aspect du phosphate gélatineux. Elle est assez stable pour que dans la bouteille d'un litre, il ne surnage, au bout d'un ou de plusieurs jours, que 2 centimètres cubes d'eau environ : une courte agitation avant de s'en servir lui rend pour quelque temps toute son homogénéité. Elle peut se conserver indéfiniment sans crainte de fermentation. Elle est inaltérable et imputrescible.

Cette crème, qui s'avale facilement, qui se boit presque, a l'inconvénient de ne pas être agréable au goût ; elle a une saveur styptique prononcée, mais celle-ci peut être assez bien masquée par l'addtion d'un peu de saccharine ou de vanilline. On peut encore, au moment de l'emploi, l'édulcorer avec un sirop quelconque.

Un autre inconvénient de cette crème, c'est qu'elle n'est pas très opaque ; mais cet inconvénient peut être atténué d'une manière simple en ajoutant à la bouillie une certaine quantité de sel sec qui s'y maintient facilement en suspension, presque sans l'épaissir. C'est ainsi qu'on a un mélange très dense, en ajoutant, par exemple, 10 grammes de sel sec à 100 centimètres cubes de bouillie, mélange qui peut encore se boire ou sera facilement pris à la cuiller. (Cerné et Delaforge, *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, t. III, n° 6, 1909).

## CARNET DU PRATICIEN

**Hémoptysie chez l'enfant**

Si l'hémoptysie est grave, faire une injection d'une demi-seringue à nne seringue (selon l'âge) d'ergotine. Une demi-henre après, une piqûre de morphine (D. S. A.)

Si l'hémoptysie est peu abondante, donner la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Ergotine.......... | 1 gramme |
| Sirop de ratanhia.......... | 20 — |
| Sirop de mûres.......... | 20 — |
| Ean de menthe... q. s. pour | 90 cmc |

Une cnillerée à sonpe tontes les heures jusqn'à cessation de l'hémoptysie.

Si l'hémoptysie est consécntive à la toux, donner d'heure en heure, une cnillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Sirop de morphine.......... | 40 grammes |
| Sirop de codeine.......... | 40 — |
| Sirop d'éther.......... | 40 — |
| Eau de tillenl... q. s. pour | 160 cmc. |

Si l'hémoptysie est à répétition, faire des injections de sérnm gélatiné (20 cmc. tons les denx jours).

| | |
|---|---|
| Gélatine.......... | 0 gr. 70 |
| Nacl.......... | 1 gr. |
| Ean.......... | 100 gr. |

(Stériliser et répartir en flacons stériles de 20 cmc.)

Dans les formes légères, donner, tous les jours, une à deux des pilnles suivantes :

| | |
|---|---|
| Ergotine.......... | 0 gr. 05 |
| Snlfate de quinine.......... | 0 gr. 05 |
| Pondre de feuilles de Digitale... | 0 gr. 02 |

Dans tons les cas, régime lacté, boissons glacées, ligatures à la racine des membres, et immobilité absolue.

Deguy.

**Cor**

| | |
|---|---|
| Extrait de chanvre indien.... | 0 gr. 50 |
| Acide salicyliqne.......... | 3 grammes |
| Collodion.......... | 35 — |
| Papaïne.......... | 0 gr. 75 |
| Borax.......... | 30 grammes |
| Ean.......... | 20 — |

ou

| | |
|---|---|
| Térébenthine de Venise...... | 3 grammes |
| Acide salicylique.......... | 5 — |
| Collodion.......... | 3D — |

ou

| | |
|---|---|
| Acide salicyliqne.......... | 2 grammes |
| Alcool rectifié à 90°.......... | 2 — |
| Ether sulfurique à 62°...... | 3 — |
| Collodion.......... | 1D — |

ou

| | |
|---|---|
| Acide salicyliqne.......... | 2 grammes |
| Cannabine.......... | D gr. 50 |
| Alcool à 90°.......... | 2 grammes |

ou

| | |
|---|---|
| Acide salicylique.......... | 1 gramme |
| Extrait alcooliqne de cannabis indien.......... | D gr. 50 |
| Alcool à 90°.......... | 1 gramme |
| Ether à 62°.......... | 2 gr. 50 |
| Collodion élastique.......... | 5 grammes |

**Brûlures**

| | |
|---|---|
| Vaseline pnre ou rétinol..... | 100 grammes |
| Essence de thym.......... | 15 gonttes |
| — de géranium.......... | 15 — |
| — de verveine.......... | 15 — |
| — d'origan.......... | 15 — |
| Naphtolate de soude.......... | 0 gr. 30 |

Charcellay.

**Syphilis hépatique**

I. — Traitement mercuriel intense tont d'abord :

*a.* Faire tous les deux jours une série de 15 piqûres intraveinenses de :

1 cmc. de solution stérilisée à 1 centigr. de cyanure de mercure

on

*b.* Tons les denx jours pratiqner nne injection hypodermique de :

Benzoate de mercure.. Solution à 1 p. 100
2 cc. 1/2 ponr nne amponle stérilisée n° 15

ou

*c.* Chaqne semaine faire une injection profonde intramusculaire de 1/10 de cent. cube (1 division de seringne Pravaz) de :

| | |
|---|---|
| Mercnre.......... | 100 grammes |
| Lanoline anhydre.......... | 25 — |
| Vaseline solide.......... | 25 — |
| Huile de vaseline.......... | 100 — |

II. — Traitement iodnré parallèlement :

Prendre chaqne jonr aux repas 1 cuillerée (2 par jour) de :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium.......... | 15 grammes |
| Sirop d'écorces d'oranges amères.......... | 50 — |
| Eau distillée.......... | 100 — |

Durée du traitement mercnriel, 15 jours, repos, puis reprise.

III. — Traitement reconstitnant général :

Toniques, changement d'air, aéro-hydrothérapie, frictions alcoolisées, bains snlfureux, chlorate de potasse en pastilles comprimées (5 à 6 par jonr) dnrant le traitement mercuriel.

IV. — Traitement local :

Ponction de l'ascite.

Dr Aviérinos

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En romain.* — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En romain souligné d'un trait.* — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

*En «italique».* — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Canterets, Lamalon, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Canterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Canterets.
**ronchites chroniqnes.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Canterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christan, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vicby.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Cnyon, Brides, Canterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vicby, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Lucbon, Cauterets, Yverdon.
**Gontte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Gnyon, Martigny, Vicby.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Lencoplasie.** — Saint-Christan.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Selins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax, Lamalon, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant : Docteur Lucien-Graux.*

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon.**

Le prix Duc, prix biennal et national, « destiné à encourager les hautes études architectoniques », vient d'être attribué par l'Académie des Beaux-Arts à M. B. Chaussemiche, grand prix de Rome et architecte des Bâtiments civils pour son projet d'établissement thermal, — les « Nouveaux Thermes », — à Châtel-Guyon.

Ces plans, à la suite du concours, figurent en ce moment même au Grand Palais, au Salon des Artistes français, et leurs photographies ont été envoyées, aux frais du Gouvernement, à l'Exposition internationale de Bruxelles.

Il ne peut que plaire au Corps médical français de voir ainsi récompenser « une œuvre considérable » qui témoigne des efforts que donnent nos stations thermales pour joindre la perfection artistique aux qualités propres de leur appareillage technique.

Tous nos compliments et félicitations à Châtel-Guyon, qui nous prie, à cette occasion, de rappeler que ses Thermes sont ouverts depuis le 1er mai, et que tous les tarifs subissent une réduction de 50 0/0 pendant le mois de mai pour tous les baigneurs.

**Martigny.**

La Société vient de créer deux fours thermo-résineux pour bains de vapeurs sèches térébenthinées, au modèle exact des fours légendaires de la Drôme, pour le traitement du rhumatisme chronique.

C'est une nouvelle spécialisation que Martigny ajoute à son armement thérapeutique, en dehors des deux grandes caractéristiques de sa cure : la richesse en lithine de sa buvette (gravelle et calculs), et l'action émolliente et décapante de ses bains alcalins silicatés de la « Source Savonneuse » contre les arthritides cutanées.

**Voyage aux Stations hydrominérales et climatiques d'Italie.**

Le voyage d'études médicales aux Stations hydrominérales et climatiques d'Italie aura lieu, cette année, du 9 au 16 juillet, sous la direction du Prof. Dr Devoto, Prof. Vinaj, Dr Oreffice et comprendra les Stations de Stresa, Bognanco, Andorno, Graglia, Cossilla, Cropa, Saint-Vincent, Pré-St-Didier, Courmayeur, Valdieri.

Pourront prendre part à ce voyage, les médecins et étudiants en médecine italiens et des autres nations, ainsi que les dames des médecins, accompagnées de leurs maris.

Les voyages des études médicales sont organisés afin de rendre plus facile aux médecins italiens et étrangers, la visite des établissements de cure italiens.

Pour renseignements, s'adresser au Dr Fausto Oreffice, Venise, S. Simeone, Palazzo Gradenigo.

# ÉCHOS

**Un Cercle confraternel à Nice.**

Un cercle des médecins vient d'être créé à Nice. Non seulement les médecins niçois en font partie de droit, mais tous les médecins de passage y seront admis.

Ouvert tous les jours et toute l'année, le Cercle comprend des salons de conversation, de correspondance, de lecture, salle de conférences, bibliothèque, secrétariat où les médecins ne connaissant pas la Riviera pourront avoir tous renseignements utiles pendant leur séjour.

C'est au Cercle qu'ont lieu toutes les réunions des différents groupements qui y ont leur siège social : le Syndicat médical, la Société locale de l'A. G.; la Société de médecine. Si l'on pense que le Cercle compte environ deux cents membres, nous voyons qu'il y a là une forte organisation médicale que nous sommes heureux de constater.

Le Cercle est situé 33, boulevard Dubouchage; le bureau de 1909-1910 a pour président le Dr Gruzer et pour secrétaire général le Dr Morel de Mages.

**Conseil d'arrondissement de Saint-Denis.**

Cette assemblée, au cours de sa dernière session, a émis ou renouvelé les vœux suivants :

— Que les médecins traitants soient astreints à déclarer la tuberculose pulmonaire et à prescrire la désinfection, notamment après décès ou quand le malade aura changé de local;

— Que des consultations du soir aient lieu régulièrement dans les hôpitaux, les consultations du dimanche étant insuffisantes pour ce service;

— Que les viandes provenant des tueries particulières de la banlieue soient estampillées par les soins de la Préfecture de Police, avec une marque analogue à celle employée aux abattoirs de La Villette;

— Que le nombre de vétérinaires sanitaires chargés de la visite desdites tueries et des marchés volants soit augmenté de façon à rendre leur surveillance plus efficace;

— Qu'une subvention de 1.000 francs soit accordée au dispensaire antituberculeux de Saint-Ouen;

— Que le Parlement vote une loi donnant à l'Administration les pouvoirs nécessaires pour exercer une surveillance suffisante sur les hospices et autres établissements d'assistance nés de l'initiative privée;

— Que soient créés des bains-douches gratuits pour les élèves des écoles qui n'en ont pas encore;

— Que des sanatoria où seront reçus les tuberculeux de la banlieue soient créés le plus rapidement possible;

— Qu'une subvention soit accordée par le Conseil général aux pharmacies mutualistes du département de la Seine;

— Que les sous-agents des postes et des télégraphes de la banlieue soient autorisés à bénéficier des soins médicaux gratuits et de la fourniture gratuite des médicaments, au même titre et dans les mêmes conditions que leurs collègues de Paris.

**Association générale des Médecins, 5, rue de Surène, Paris.**

*Liste des emplois demandés :*

1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits, prix modérés.

2. — Veuve de médecin, voudrait travaux d'écritures à faire chez elle.

4. — Veuve de médecin dirigeant à Paris un cours d'éducation (études classiques) et d'arts décoratifs, parlant anglais et allemand, demande élèves.

6. — Deux sœurs de médecin, âgées l'une de 36 ans, l'autre de 27, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

7. — Fille de médecin, ayant maison de retraite pour personnes âgées et infirmes, demande pensionnaires. Prix modérés.

12. — Fille de médecin, d'âge sérieux, instruite et d'excellente éducation, connaissant très bien la tenue d'une maison, désire situation de dame de compagnie, ou directrice d'intérieur, lectrice ou secrétaire. S'occuperait d'enfants, 18 ans de références parfaites. Très recommandée.

13. — Veuve de médecin demande à être employée *quelques heures par jour* dans une clinique parisienne de spécialités : larynx, oreilles, yeux, hydrothérapie.

16. — Veuve de médecin demande emploi de *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

18. — Veuve de médecin, connaissant anglais et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

19. — Veuve de médecin désire emploi d'infirmière ou travaux de couture.

21. — Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

22. — Veuve de médecin désire emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde, ou étrangères.

23. — Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions.

25. — Veuve de médecin, 42 ans, demande massages ou malades à garder.

26. — Veuve de médecin, 40 ans, désirerait accompagner malades aux eaux; s'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

27. — Veuve de sociétaire, professeur de piano, désire élèves (Paris).

28. — Fille de médecin, connaissant très bien l'anglais, demande traductions.

29. — Fille de sociétaire décédé, désire emploi de dame de compagnie. S'occuperait d'enfants, donnerait des leçons de piano (Paris).

30. — Veuve de sociétaire, 44 ans, apte à diriger intérieur, désire emploi dans une clinique.

31. — Fille de sociétaire, 32 ans, désire emploi de dame de compagnie ou de gouvernante.

# POSTES MÉDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

## DEMANDES

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 30.000 pour laquelle il paierait comptant l'indemnité qui lui serait demandée. (2201)

**Docteur actif**, références et 10 ans de pratique ferait remplacements. Fait la pharmacie. (2203)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance ne nécessitant pas l'emploi d'un cheval ou d'une auto. (2200)

**Médecin-militaire retraité** cherche emploi quelconque où il y ait à développer beaucoup d'activité. Voyagerait. (2199)

**Docteur** cherche à reprendre affaire para-médicale ancienne, sérieuse, donnant de bons résultats. S'associerait. Disposé de capitaux. (2198)

**Docteur** reprendrait en banlieue à 1/2 heure maximum poste de 15 à 25.000. (2197)

**Chirurgien** installé en province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou encore cabinet de gynécologie et voies urinaires. (2196)

## OFFRES

**HAUTE-SAÔNE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (251)

**PARIS.** — A céder clientèle agréable. Recettes 12.000. Grand appartement. Le titulaire obligé de partir en raison de son mauvais état de santé, céderait à de bonnes conditions. (250)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000. (249)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux exploitant appareils brevetés est à céder. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. Indemnité y compris toute l'installation 75 à 80.000. (248)

**NIÈVRE.** — Seul médecin faisant la pharmacie céderait à de bonnes conditions poste d'un rapport de 15 à 16.000. (247)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur, seul médecin faisant la pharmacie, désire céder son poste pour le mois d'octobre. Recettes 10.000 sans aucun frais de locomotion. Cesse d'exercer. (246)

**PARIS.** — Clinique de médecine générale avec installation complète d'électrothérapie à céder. Recettes 10.000. Indemnité 20 à 25.000. (245)

**PARIS XVIIIe.** — Clientèle de 15 ans à relever facilement. Recettes 8.000 (on y a fait 15.000). Faible loyer. A céder pour faible indemnité. (244)

**CENTRE.** — A céder dans petite ville Etablissement d'agents physiques anciens. Bénéfices nets en 6 mois de saison : 20.000 fr. Indemnité y compris immeuble 140.000 Affaire facile à diriger. (243)

**CHER.** — Chef-lieu de canton. Pour raisons de santé, on céderait excellent poste. Recettes en progression 16.000. Indemnité raisonnable. (242)

**CENTRE.** — Dans sanatorium. Jeune Docteur disposant de capitaux trouverait situation d'associé en vue de cession ultérieure. (241)

**ORNE.** — A céder poste seul médecin faisant la pharmacie. Recettes 9.000. Faible indemnité. (240)

**OUEST.** — Grande ville. Docteur désire céder clientèle agréable de plus de 30 ans. Recettes 18.000. Grand appartement. Peu de Frais. (239)

**PARIS XVIe.** — Docteur âgé céderait pour reprise du bail, clientèle agréable. Conviendrait à jeune Docteur célibataire. (237)

**BANLIEUE.** — Maison de santé serait cédée à des conditions exceptionnelles par Docteur ne pouvant plus s'en occuper. (235)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 15.000. Indemnité 9.000. (231)

**PARIS.** — Docteur céderait Établissements d'agents physiques. Préférerait prendre associé. Affaire sérieuse bien assise, nécessitant peu de travail. (229)

**Cabinet Dentaire.** — Dans grande ville du S.-O. à céder bon cabinet dentaire. Recettes minimum 20.000 loyer 1.400, clientèle riche. Facilités.

81e Année (Série XIIIe) — N° 62 — Le Numéro : 25 Centimes — 15 Juin 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements ..... 5 fr.
Union postale.......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)

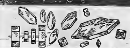
Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*










CACODYLE
GAÏACOL
STRYCHNINE
SPÉCIFIQUE DE LA GRIPPE
CAÏARSINE-DUCATTE
Chaque Ampoule ou Dragée contient :
Cacodyl. de Gaïacol chimiq. pur
Sulfate de Strychnine.
Littérature et Échantillons à MM. les Docteurs
Laboratoires DUCATTE
8, Place de la Madeleine
PARIS
E TRIBUS ROBUR TRIPLEX




Plomb de Garantie
breveté s.g.d.g.

## ÉCHOS

**Nos Députés.**

Nous avons oublié de mentionner un pharmacien élu député, notre ami Coreil, de Toulon, à qui nous sommes heureux d'adresser nos bien cordiales félicitations.

**Le ruban rouge.**

Sont mis au tableau de concours de l'année 1910 pour la Légion d'honneur, au titre de la réserve et de l'armée territoriale :

Pour officier de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Chauffard, Pinard, Hintzy, Charrier, Yvert, Robert, Emmerique et Barois.

Pour chevalier de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Boussavit, Bert, Ribierre, Verrier, François, Roger, de Mandre, Simbat, Cassagnau, Roulin, Jacquemart, Jacquelin, Ceccaldi, Pauvert, Gros-Perrin, Letard, Naudin, Sauvage, Secrestan, Crozes, Bonnafé, Mercier, de Burine, Guende, Saintin, Meyer, Bataille, Amiet, Trouillet et Ducloux.

**Cours d'instruction du service de santé en 1910.**

Le cours annuel d'instruction sur le service de santé en campagne, qui fonctionne également comme École d'instruction, aura lieu pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale, pendant le mois de juin.

Il comprendra deux séries : 1re série. Pour les officiers du service de santé (médecins et officiers d'administration), du 6 au 25 juin inclus.

2e série. Pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration) et pharmaciens de réserve, du 16 au 25 juin inclus.

Dans chaque série, il sera fait : *a*) des conférences communes à tous les officiers; *b*) des conférences spéciales suivant l'affectation de l'officier à la mobilisation.

Ces conférences seront faites à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Elles seront accompagnées ou suivies de démonstrations et exercices d'application qui auront lieu, suivant les cas, à l'hôpital militaire Bégin ou aux docks du service de santé à Vanves, et se termineront par des manœuvres de garnison, où entreront en fonction les différents éléments du service de santé.

**La Mission Charcot.**

Le monde scientifique a suivi avec un vif intérêt le voyage de la mission Charcot. Nous saluons avec joie l'heureux retour du *Pourquoi Pas* et de nos deux amis les Drs Charcot et Lionville, ce dernier membre de notre Comité de Rédaction.

**Mise à la retraite.**

M. le professeur Dieulafoy est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er mai 1910. Il cessera ses fonctions le 12 novembre 1910 et sera nommé professeur honoraire à cette date.

**Jurisprudence belge des accidents du travail.**

Le législateur a voulu faire rentrer dans le cadre de la loi de 1903 même les accidents qui sont le résultat de coups et blessures volontairement portés par les préposés du patron, dès qu'ils sont survenus dans le cours de l'exercice du travail. (*Tribunal de première instance de Charleroi*, juillet 1909.)

Il n'est pas nécessaire, pour que soit due la réparation forfaitaire prévue par la loi de 1903, que l'accident soit la cause unique de la mort; lors même qu'à l'accident s'est jointe l'influence d'un vice de constitution ou d'une maladie antérieure, l'accident n'en doit pas moins être tenu pour la cause efficiente de la mort. (*Justice de paix de Gand*, 1er canton, novembre 1908.)

Les frais d'une simple insensibilisation ou anesthésie locale ne peuvent être alloués en sus des sommes portées au tarif. (*Justice de paix de Gand*, 1er canton, novembre 1909.)

**Les Légionnaires de l'Académie.**

Nous avons publié dernièrement la liste des légionnaires de l'Académie de Médecine, d'après le *Bulletin Médical*. Dans cette liste, était omis le nom de notre éminent directeur scientifique, le professeur Albert Robin, qui est commandeur de la Légion d'honneur : nos lecteurs auront rectifié.

**1er Congrès de l'Association Médicale Internationale contre la Guerre**

A leur réunion générale annuelle au Siège social, 25, rue des Mathurins, Paris, sous la Présidence du Dr J.-A. Rivière, président-fondateur de l'Œuvre, les membres de l'Association Médicale Internationale contre la Guerre, ont décidé :

Que le 1er Congrès de l'Association Médicale Internationale contre la guerre, se tiendra à Paris en juin 1911.

L'Assemblée vote, par acclamations, des félicitations au Dr Rivière pour la grande et fructueuse propagande pacifiste, à laquelle il s'est adonné depuis 5 ans — mission particulièrement ingrate — pour avoir amené au Congrès plus de mille adhérents, par la seule voie de son journal : Les "Annales de Physicothérapie" et pour avoir assumé, à lui seul, tous les frais de cette vaste association, avec un désintéressement qui n'a d'égal que le succès obtenu.

Sur la proposition du Président, les vœux suivants ont été votés à l'unanimité.

1° Que, seules, les sympathies et les affinités interviennent dans le groupement des collectivités;

2° Que les gouvernements nationaux veuillent bien se pénétrer de l'idée que le bien-être général relève de l'activité individuelle, comme de l'effort collectif;

3° Que les entraves apportées dans les échanges internationaux prennent fin;

4° Que l'humanité ne saurait trop protester contre l'immobilisation des capitaux et des énergies sur terre et sur mer;

5° Qu'en attendant l'établissement facile de tribunaux recteurs, que nous avons toujours réclamés, la société entière s'attache à réformer l'éducation générale afin que l'homme cesse de voir un ennemi dans son voisin;

6° Que cette rééducation soit l'œuvre des gouvernements dont la mission première est de veiller sur le bien-être général de la nation;

7° Que les écrits et les images ne puissent servir à la contamination des cerveaux, non plus que les spectacles de tous genres;

8° Que les grands principes de solidarité et d'humanité soient, sous forme de tableaux, affichés dans les écoles, usines, ateliers et autres lieux;

9° Que les syndicats corporatifs dissipent tous préjugés et cessent leurs luttes fratricides pour coopérer à l'œuvre commune;

10° Que les administrations communales, provinciales, nationales et internationales, concourent à l'harmonie universelle, par la bonne entente, l'unification des monnaies, des poids, des mesures, des lois, comme aussi par le libre échange.

**Un refus du Conseil d'État.**

Il y a dix-huit mois, la Faculté de médecine recevait un don, d'une vingtaine de mille francs, à l'effet de récompenser certains travaux sur l'homosexualité. Les mémoires devaient démontrer que cet instinct dévié constitue une maladie et fait cruellement souffrir ceux qui en sont affligés. La Faculté acceptait le legs et les clauses.

Le Conseil d'Etat vient de décider que le legs ne pouvait être accepté.

# La Question du Corset

DANS

## LE TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE

Par le Docteur PRIVAT

Assistant à Paris du Docteur Calot (de Berck)

Pour un grand nombre de médecins, placer un corset sur le dos d'un scoliotique est un traitement mauvais : « Ces appareils, disent-ils, font toujours plus de mal que de bien. »

*En théorie*, ces médecins ont raison, parce qu'on devrait toujours soigner la scoliose à son début et que le corset, à ce stade, est plus nuisible qu'utile.

*En pratique*, les adversaires du corset ont encore trop souvent raison; et cela parce qu'on ne sait pas assez :

1° Quand il est nécessaire d'ordonner un corset;

2° Le port du corset étant décidé, quel modèle choisir;

3° A quel moment, et comment on doit supprimer le corset.

Nous avons voulu attirer l'attention sur ces trois points car ils sont d'une importance capitale; suivant la manière dont on les envisage les corsets rendent ou non les services qu'on est en droit de leur demander.

### I. *Quand est-il nécessaire d'ordonner un corset?*

Nous diviserons les scoliotiques en trois grandes classes :

Dans la première, rentrent les malades qui peuvent, grâce à la simple contraction musculaire, redresser leur colonne vertébrale. Ce sont les *scolioses du premier degré*. A celles-là, il ne faut pas de corset, une gymnastique bien comprise, ramènera le dos à une attitude correcte.

Un deuxième groupe comprendra les malades qui voient leurs déviations persister malgré des manœuvres violentes de redressement, chez eux la scoliose a atteint le *troisième degré*. Il est évident que pour eux la gymnastique, même accompagnée de violentes manœuvres de redressement, ne peut être un traitement suffisant. Il est de toute nécessité pour améliorer leur état d'ordonner le port d'un corset.

Enfin restent les malades qui ne peuvent redresser volontairement la ligne de leurs apophyses épineuses, mais chez qui la simple suspension suffit pour effacer toute déformation, ce sont les *scoliotiques du deuxième degré*. Ici le problème est plus complexe et le doute est permis. On est en droit de se demander : Faut-il condamner ces malades à porter un corset orthopédique, ou la gymnastique accompagnée de manœuvres de redressement suffira-t-elle?

Pour nous, nous avons adopté la ligne de conduite suivante : Quand un scoliotique au deuxième degré vient nous consulter, nous lui faisons exécuter pendant un mois la gymnastique appropriée à sa déviation.

Si après cet essai, fait d'une manière consciencieuse, il se produit une amélioration, même légère, dans la direction générale du dos, ou bien si le malade peut volontairement rendre verticale la ligne de ses apophyses épineuses, nous continuons la gymnastique, et nous nous abstenons de mettre un corset. Dans le cas contraire, nous ordonnons un appareil orthopédique.

Cette manière de procéder nous semble logique. En effet, qu'adviendrait-il si nous nous contentions de continuer les séances de gymnastique?

Sans doute, le dos est maintenu en attitude correcte, pendant toute la durée des leçons (soit au grand maximum trois ou quatre heures par jour) et encore pendant le séjour que fait le malade couché sur des plans inclinés ou dans des appareils redresseurs; mais que se passe-t-il pendant les 18 ou 20 heures durant lesquelles le malade n'est pas en traitement?

La pesanteur et la contraction des muscles qui ont amené la déformation première vont continuer à s'exercer, et, circonstance aggravante, elles vont s'exercer maintenant sur une colonne vertébrale déjà déviée et par conséquent leurs effets seront plus considérables.

Or que pourra opposer le malade à ces forces? — La tonicité musculaire. — Non, car même contractés, ses muscles sont encore trop faibles pour pouvoir lutter d'une manière efficace contre les attitudes vicieuses.

Il nous semble donc que laisser de tels malades sans appareils, c'est vouloir que leur difformité augmente; c'est vouloir arrêter une inondation en établissant un barrage pendant quatre heures et en laissant ensuite le reste du jour le flot pénétrer dans l'immeuble.

C'est pour cela que nous mettons des corsets aux scolioses du deuxième degré, comme à celles du troisième degré. Mais pour que ces corsets ne fassent pas plus de mal que de bien, il est de toute importance de choisir le corset qu'on imposera.

### II. *Choix du corset.*

Pour les *scolioses du troisième degré*, on est dans l'obligation de mettre des corsets *inamovibles*. En effet, pour ces malades, le corset doit être non seulement un appareil de soutien, mais encore un appareil de correction. A son intérieur, le corps va être façonné et modelé suivant une attitude nouvelle; si on l'extrait de son moule avant que le squelette et les tissus mous aient pris la forme nouvelle qu'on veut leur imposer, il lui sera impossible d'y pénétrer à nouveau, à moins d'un nouveau redressement.

Donc, pour les scolioses du troisième degré, corset inamovible et corset en plâtre, car c'est le seul qui permette d'obtenir une correction de quelque importance.

Au contraire, pour les *scoliotiques du deuxième degré*, le corset devra être *amovible*. Celui-ci n'est plus destiné, en effet, à produire une grande correction, mais seulement à maintenir une attitude un peu meilleure qu'il est facile d'obtenir du malade. Ce dernier aura l'avantage de pouvoir retirer chaque jour son appareil un certain nombre d'heures qu'il emploiera à fortifier son système musculaire et à redresser sa colonne vertébrale.

Mais ces corsets, amovibles ou non, suivant quels modèles seront-ils construits? Le choix d'un corset amovible semble tout à fait indifférent à un grand nombre de médecins, qui trop souvent considèrent que cette question est du ressort des gens du métier et ils envoient leurs malades chez un bandagiste.

Nous ne voulons pas obliger tout médecin à savoir construire lui-même un corset orthopédique, mais son devoir est de surveiller et de diriger la confection de l'appareil qu'il a ordonné; lorsqu'il néglige cette surveillance, il est fautif. C'est à lui, en effet, de connaître les qualités requises par un bon corset et à éviter les trois erreurs que l'on constate généralement sur les appareils du commerce.

Ces corsets sont *trop bas*; ils sont armés de *béquillons*; ils portent une *fenêtre béante* au niveau de la déviation.

Ces défauts viennent de ce que les bandagistes ne connaissent que leurs moulages, aussi leurs corsets semblent être construits pour *des êtres inanimés*, pour de la matière morte. De tels appareils sur de la brique rempliraient à merveille leur rôle, mais les résultats qu'ils produisent sur les enfants sont déplorables, précisément, parce qu'ils sont portés par des *êtres vivants*, susceptibles de se modifier, de se déformer suivant les pressions qu'ils subissent.

C'est ainsi que la plupart de ces appareils s'arrêtent à la hauteur d'une ligne passant sous les aisselles, c'est-à-dire au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, laissant dans le vide toute la colonne cervicale et la moitié de la colonne dorsale. Quelle peut être l'utilité d'un tel corset? On dirait d'un vase de fleurs, dont le rôle est de soutenir la partie inférieure des tiges, tant que cellesci sont fraîches, elles restent rigides, mais dès qu'elles fanent, elles penchent et s'inclinent : la colonne vertébrale, en l'occurrence, ressemble aux tiges fanées.

En théorie, les *béquillons* sont parfaits. Ils viennent charger sous les épaules le poids du corps et le transmettent à l'os iliaque; ils sont destinés à suppléer la colonne vertébrale, qui grâce à eux doit se trouver libre, débarrassée du poids de la partie supérieure du corps.

Les choses, en effet, se passent bien ainsi sur un homme en plâtre, et si on supprime la partie inférieure d'un moulage flanqué d'un tel appareil, on verra le haut du corps rester soutenu en l'air par les béquillons.

Mais, sans entrer ici dans des théories physiques et mécaniques, voyons quels sont les résultats produits par ces béquillons sur un être vivant, en pleine croissance, celui qui, hier encore, se déviait et par conséquent est encore assez souple pour être redressé demain? Il ne s'écoulera pas trois mois — si toutefois les béquillons sont placés de manière à servir à quelque chose — avant que le malade ne possède une difformité de plus. Ses épaules seront remontées dans des proportions telles que, même habillé, on pourra affirmer que sur ce dos il y a un appareil à béquillons. Ce surélèvement des épaules aura en outre sa répercussion au niveau du thorax : celui-ci s'effondrera pour ainsi dire vers l'entrée du corset; la déviation, loin d'être corrigée, s'aggravera chaque jour davantage.

Bien plus, au niveau de la saillie costale,

le frottement de la peau sur le corset écorche et blesse le malade. Comment éviter cette meurtrissure si pénible? Oh, c'est bien simple : on pratique à ce niveau une ouverture dans le corset; les uns la laissent béante, les autres l'obturent avec un tissu élastique : « Peu importe le vide ou la résistance moins grande en ce point, dit l'orthopédiste, puisque la colonne vertébrale est soutenue par les béquillons. »

Malheureusement, nous avons vu qu'elle n'était pas soutenue le moins du monde; bien au contraire, le corps s'affaissant de plus en plus, profite de l'ouverture qui lui est offerte. La difformité augmentera par cette fenêtre, qui semblera faire l'office d'une véritable ventouse.

Cela n'est pas de la théorie, ce sont des faits; il suffit de regarder les résultats fournis par ces corsets.

Combien on comprend alors les médecins qui ne veulent pas de corsets pour leurs scoliotiques. Les corsets qu'ils avaient ordonnés à leurs premiers malades n'ont rien corrigé, ils ont seulement créé de nouvelles difformités et aggravé les premières existantes.

Et, cependant, ils auraient pu éviter ces échecs, s'ils avaient bien choisi le modèle de leurs corsets.

Quelles sont donc les conditions requises pour avoir un bon appareil ?

Elles sont au nombre de trois :

*Avoir de grandes surfaces d'appui*;

*Etre confectionné avec une substance rigide*;

*Avoir une ou plusieurs fenêtres de compression.*

Les deux premières conditions : avoir de grandes surfaces d'appui et être confectionné avec une substance rigide, sont dictées par le même motif. Il est illusoire de vouloir suppléer la colonne vertébrale par de simples tiges d'acier. Quelle que soit l'ingéniosité, la science avec lesquelles elles seront placées, elles déformeront toujours les points où se fera l'appui.

Le jardinier qui met un tuteur à un arbre ne place pas deux piquets qui viennent soutenir deux branches, mais tout le long du tronc il dispose ses attaches. De même, on doit chercher non à diminuer les points d'appui, mais, au contraire, à les multiplier. C'est pour cela que sur tout le dos et sur les flancs, on laissera le corset rigide d'un seul bloc; en avant on disposera deux larges surfaces d'appui, l'une sur la partie supérieure de la poitrine, l'autre sur le basventre. Entre les deux, il restera une large ouverture permettant au malade de manger et de respirer à son aise, et cependant, grâce aux frottements multiples qui se produiront sur toute l'étendue du corset, le corps sera maintenu et même pourra être dirigé de manière à corriger les attitudes vicieuses.

La troisième condition : avoir une ou plusieurs fenêtres de compression, est aussi nécessaire.

En effet, si on pratique une ouverture dans un corset rigide, on constate que le corps ne vient pas au contact immédiat du corset. Il existe toujours un vide nécessaire pour la respiration et pour le développement du corps.

Cet espace va être utilisé par la déviation, car c'est à son niveau précisément que s'exerce la résultante des forces qui tendent à affaisser de plus en plus le corps. C'est parce que la pression contre le corset était plus douloureuse en ce point que les bandagistes y ouvraient une fenêtre. La laisser béante est nuisible, nous l'avons démontré; la fermer par un simple tissu élastique, est complètement insuffisant. Il faut, en effet, non pour corriger, mais seulement pour éviter que la déviation n'augmente, exercer une pression très vigoureuse qui risquera de meurtrir la peau. Il n'existe, à notre avis, qu'une substance capable d'avoir la douceur suffisante pour ne pas blesser sous la pression parfois considérable, qui est nécessaire pour corriger la déviation. Cette substance, c'est le coton. Il faut donc, au niveau de la saillie costale, faire dans le corset une compression ouatée.

Enfin, pour permettre à cette compression d'avoir toute son efficacité, on pourra pratiquer la fenêtre antérieure, thoraco-abdominale, non plus sur la ligne médiane, mais légèrement sur le côté opposé à la compression, elle fera l'office de fenêtre de décompression et permettra au corps de se développer par cette ouverture.

Le modèle des corsets plâtrés inamovibles sera plus élevé encore que celui des corsets amovibles. Ils engloberont la base du crâne, car ils doivent exercer une traction verticale qui ne peut être maintenue que par ces corsets à Col Minerve.

III. *Quand et comment enlever le corset?*

Pour les scoliotiques du deuxième degré, ceux à qui on a imposé un corset amovible, il faudra attendre le moment où grâce au redressement obtenu et aux effets de la gymnastique, le malade pourra par, la simple contraction musculaire, redresser sa colonne vertébrale.

Encore à ce moment, ne faudra-t-il pas supprimer brusquement le corset; on en débarrassera le malade d'abord pendant la nuit, puis quelques heures dans la journée, enfin un jour sur deux. Ce n'est qu'après quelques mois qu'on le supprimera tout à fait. Mais pendant toute cette période, il faudra insister sur la gymnastique qui devra être faite très régulièrement.

Pour les scolioses du troisième degré, on devrait conserver le plâtre jusqu'au moment où le corps est mis en hypercorrection, c'est-à-dire jusqu'au moment où il apparaît une déviation de direction opposée à la première ; mais ce stade est difficile à atteindre, aussi, souvent devra-t-on se contenter de beaucoup moins, parfois même on ne pourra pas atteindre la rectitude absolue du dos, on s'estimera satisfait alors, lorsque la difformité ne sera plus visible sous les habits.

Mais encore ici, il ne faut pas priver tout d'un coup le corps du tuteur auquel il était habitué, on changera le plâtre contre un corset amovible. A ce moment, le scoliotique doit être ménagé: on le traitera comme un malade qui vient d'avoir une fracture. Les premiers jours, il restera couché et dans cette position il fera des exercices de gymnastique qu'il continuera plus tard dans la station verticale. Le corset amovible sera à son tour laissé longtemps en place, on ne le supprimera que lorsque l'ossification sera complètement terminée.

*Conclusions.*

Le corset doit être ordonné dans les scolioses du 2e et du 3e degré.

Amovible pour les scolioses du 2e degré, il sera inamovible pour les scolioses du 3e degré.

*Pour ne pas être nuisible*, il doit passer par-dessus les épaules et avoir une fenêtre de compression.

*Pour être efficace*, il doit être porté longtemps et n'être quitté que progressivement.

---

# Un cas rare de Dislocation du Tarse

**Luxation calcanéo-cuboïdienne et scaphoïdo-cunéenne (1). Réduction non sanglante. Guérison.**

Par Charles VIANNAY,

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

J'ai eu l'occasion d'observer récemment et de réduire un déplacement, très rare, des os du tarse. Il s'agissait d'une luxation simultanée des cunéiformes sur le scaphoïde et du cuboïde sur le calcanéum.

C'était, à peu de chose près, une luxation médio-tarsienne ou de l'articulation de Chopart, avec cette différence que le scaphoïde, au lieu de se luxer avec les cunéiformes, était resté avec la rangée postérieure des os du tarse, conservant ses rapports avec la tête de l'astragale. Le traumatisme avait reproduit l'erreur du débutant en médecine opératoire qui, manquant l'interligne de Chopart, passe en avant du scaphoïde, laissant cet os dans le moignon.

Il s'agit d'un garçon de 20 ans sur le pied droit duquel passa la roue d'un tombereau chargé de 3.500 kilogrammes : le malade était debout et la roue lui passa sur le dos du pied.

A son entrée dans mon service, je constatai que le pied était *raccourci* dans le sens antéro-postérieur, *épaissi* dans son diamètre dorso-plantaire; la *voûte plantaire* était complètement *affaissée* et le pied tuméfié dans son ensemble. En deux points, la peau était soulevée par des saillies osseuses, tendue au maximum, prête à se sphacéler : sur le bord externe du pied, à 2 centimètres en arrière de la tubérosité du cinquième métatarsien, et en un point à peu près symétrique du bord interne.

La palpation montrait, immédiatement *derrière* la saillie osseuse externe (cuboïde), un espace dépressible dans lequel on sentait une surface osseuse plane et lisse rejoignant à angle à peu près droit la saillie osseuse sous-cutanée : c'était la surface articulaire postérieure du cuboïde.

De même *au-devant* de la saillie osseuse du bord interne du pied (scaphoïde), on

(1) Cette lésion serait plus correctement étiquetée « Luxation cuboïdo-calcanéenne et cunéo-scaphoïdienne ». Je maintiens le titre ci-dessus, parce que l'observation a déjà paru sous cette rubrique dans les compte-rendus de la Société des Sciences médicales de Saint-Etienne.

Ch. V.

sentait un espace dépressible au fond duquel le doigt arrivait sur une surface osseuse plane : c'était la facette articulaire antérieure du scaphoïde.

La radiographie indique nettement le déplacement en has du tarse antérieur (moins le scaphoïde). A ce déplacement en bas s'est joint, en outre, un mouvement léger de translation sur le côté externe, ce qui explique la double saillie sous-cutanée du cuboïde et du scaphoïde.

On peut donc dire encore qu'il s'agit d'une *luxation en bas et en dehors de la deuxième rangée des os du tarse.*

La réduction put être obtenue sans anesthésie — non sans peine — au moyen de la manœuvre suivante : tandis qu'un aide fixait la jambe et l'arrière-pied, je saisis solidement l'avant-pied et lui imprimai un mouvement de flexion plantaire exagérée au maximum, de façon à faire bayer fortement l'interligne luxé, du côté dorsal.

Relevant alors brusquement cet avant-pied, je pus ramener les cunéiformes au-devant du scaphoïde. Mais le cuboïde non réduit faisait encore une forte saillie sur le dos du pied : je le refoulai en bas d'une pression brusque et j'eus, avec un léger claquement, une sensation comparable à celle donnée par une touche de piano qui s'abaisse : la réduction était faite, ainsi que le démontra une radiographie de contrôle (1) faite quelques jours plus tard.

J'appliquai un plâtre qui resta dix jours en place. Au bout de ce laps de temps, le malade se leva et recouvra vite l'usage de son pied.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans la rareté d'une pareille lésion.

L. Cahier (Lésions traumatiques des articulations : in Le Dentu et Delhet, 2e édition) cite un seul cas semblable de Demoulin, « cas qui paraît unique » dit-il. Encore, chez le malade de Demoulin, le cuboïde et les cunéiformes étaient-ils déplacés en dehors et non point en has comme dans mon cas.

J'insisterai encore sur la réduction non sanglante que je pus obtenir sons anesthésie, le 6e jour après le traumatisme — réduction contrôlée par la radiographie.

Le diagnostic d'une pareille luxation est à faire principalement avec la luxation médio-tarsienne, ou de l'articulation de Chopart. Un malade atteint de cette dernière variété — également rare — de luxation du pied, que j'eus l'occasion d'observer il y a quelques années à Lyon, dans le service de M. Pollosson (1), présentait un ensemble de symptômes à peu prés identiques à ceux du malade dont je viens de rapporter l'observation.

Le signe distinctif le plus caractéristique entre ces deux malades, était certainement la présence dans notre cas actuel, de la saillie aiguë formée sur le bord interne du pied, par le scaphoïde, au-devant duquel se trouvait un espace dépressible dont une facette articulaire plane formait le fond. Au contraire, en cas de luxation médio-tarsienne, on sent sur le bord interne du pied, une saillie arrondie et mousse formée par la tête de l'astragale.


Luxation en bas de la deuxième rangée du tarse (Cliché FAYARD)

(1) Ces radiographies (clichés du Docteur Fayard) ont été présentées à la Société des Sciences médicales de Saint-Etienne : *Loire Médicale*, 15 janvier 1910.

(1) TIXIER et VIANNAY : A propos d'un cas de luxation médio-tarsienne : *Archives Provinciales de Chirurgie*, mars 1900.
TIXIER ET VIANNAY : De la luxation medio-tarsienne, revue générale, in *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1900, page 1173.

## MÉTHODE PROMPTE ET SURE

POUR RECONNAITRE DANS UNE EAU MINÉRALE

### la présence en bloc de Métalloïdes et de Métaux

Par le Docteur F. GARRIGOU
Professeur d'Hydrologie à la Faculté de Toulouse

Avant de commencer sur des centaines de litres une analyse complète d'eau minérale, il est toujours bon de savoir rapidement si l'eau qu'on a à traiter chimiquement contient ou non des métalloïdes ou des métaux proprement dits.

Le procédé suivant, d'une simplicité parfaite et d'une sûreté absolue, est celui que j'emploie depuis 40 ans, sans qu'il m'ait jamais procuré de mécompte.

On évapore à siccité un litre de l'eau minérale à étudier. Le résidu sec est traité par une petite quantité d'eau régale, puis on évapore de nouveau à siccité. Afin de chasser complètement tout l'acide azotique, on ajoute un peu d'acide chlorydrique, et l'on évapore encore à sec. Cette opération est répétée deux à trois fois.

On verse ensuite, sur la solution chlorurée une petite quantité de solution saturée d'acide sulfhydrique et l'on agite. S'il y a brunissement du liquide, coloration ou précipité noir, on peut affirmer que l'eau minérale contient des métalloïdes, et des métaux du sixième et du cinquième groupe, ou bien de l'un ou de l'autre (Sn, Sb, As, Ps, Hg, Pb, Ag, Bi, Cu, etc.).

On filtre sur un tout petit filtre et après avoir lavé le dépôt des sulfures restés sur le filtre avec de l'eau sulfhydriquée, on fait sécher le filtre et on le conserve.

Dans le filtratum on ajoute un peu d'ammoniaque et une goutte de sulfhydrate d'ammoniaque. S'il se forme un précipité noir, c'est qu'il y a au moins du fer et peut-être avec lui lui d'autres métaux, du quatrième et du troisième groupe (Fe, Zn, Co, Ni, Mn, Cr, etc.) On filtre et l'on sèche le filtre pour le conserver aussi.

En se servant pour étudier les caractères des métalloïdes et des métaux ainsi obtenus et conservés sur le filtre à l'état de sulfures, de la méthode des flammes de Bunsen (pour reconnaître les métalloïdes et métaux volatils), de la méthode des perles de borax ou de sel de phosphore, du procédé des réductions microscopiques sur baguettes fines de charbon, enfin du spectroscope, on peut arriver à caractériser les divers métalloïdes et métaux contenus dans le simple litre d'eau employé, et à arrêter en très peu d'instants la marche qu'on devra suivre pour faire l'analyse complète.

Dans tous les cas, les deux principales réactions que je viens de rappeler (l'emploi de l'acide sulfhydrique et du sulfhydrate d'ammoniaque), permettent de s'assurer en 20 minutes, d'une manière indiscutable et immédiate, s'il y a dans une eau minérale donnée des métaux du sixième, du cinquième et du quatrième groupe. C'est la rapidité et la sûreté de cette méthode, plutôt que sa nouveauté, qui en font le mérite.

## COUP D'ŒIL

SUR LES

# Complications oculaires

EN PARTICULIER
SUR LA RÉTINITE HÉMORRHAGIQUE SURVENANT AU COURS DU DIABÈTE

Par le Docteur GRAND-CLÈMENT

Après une pratique ophtalmologique déjà longue, j'ai pu me faire une opinion sur le pronostic et le traitement des complications oculaires du diabète.

C'est cette opinion que je viens vous exposer très succintement. Je n'envisagerai ici que les principales complications que l'on observe au cours du diabète ordinaire ou constitutionnel, le proche parent de l'ar-

thritisme, abstraction faite du diabète maigre on pancréatique et aussi du diabète nerveux, qui n'ont pas le temps de provoquer des lésions oculaires.

Ces complications du diabète ordinaire sont : *l'affaiblissement de l'accomodation, l'iritis diabétique, le cataracte diabétique. l'amblyopie diabétique* et enfin *le rétinite hémorrhagique* ou mieux les *hémorrhagies de la rétine*, complication de beaucoup la plus grave sur laquelle j'insisterai plus spécialement.

1° Chez le diabétique qui traite un peu trop sa maladie par le mépris, il n'est pas rare de constater un affaiblissement exagéré ou prématuré de l'accommodation; il ne peut plus lires ans être obligé de recourir à des verres d'une force au-dessus de ceux que comportent son âge ou bien l'amétropie de ses yeux, s'il en présente une. Mais un traitement rationnel et surtout un régime antidiabétique rigoureux ont vite raison de cette complication peu grave en elle-même.

2° *L'iritis diabétique* est très rare; elle est caractérisée par la formation très rapide et peu douloureuse de synéchies postérieures et surtout l'apparition presque instantanée dans le champ pupillaire d'un voile léger qui se résorbe vite sous l'influence de soins appropriés. Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer ce genre d'iritis; preuve qu'il est très rare.

3° Mais une complication fréquente, ou du moins que l'on croit fréquente, est la *cataracte diabétique.*

C'est à tort qu'on la croit fréquente, à mon sens; car il ne faut pas prendre pour une cataracte dérivant du diabète ces opacités apparaissant sur le cristallin sous forme d'opacités en plaques ou en stries; non, ceci est purement et simplement la cataracte survenant chez un diabétique comme chez n'importe qui, par le fait de l'âge; c'est la *cataracte sénile*.

En effet, j'ai pu m'assurer que la cataracte, reellement engendrée par *l'hyperglycémie* apparait sous la forme d'une opacification diffuse et généralisée dans toute l'étendue des deux cristallins et s'affirmant parallèlement sur tous les deux à la fois.

Ceci est rare, c'est vrai; mais la preuve que cette forme de cataracte dérive bien du diabète, c'est-à-dire de l'intoxication du sang par le glycose, c'est qu'on l'arrête et même qu'on la fait rétrocéder assez facilement et d'une façon manifeste par un traitement et un régime antidiabétique rigoureux.

A ce propos, j'ouvre ici une parenthèse: Il y a quelques trente ans, c'est à peine si l'on osait opérer la cataracte chez un diabétique; on ne l'opérait en tout cas qu'en tremblant, car l'opération échouait souvent.

Mais depuis quinze ans j'en ai opéré beaucoup et cela sans un seul insuccès; c'est que je prends alors et toujours les précautions suivantes: pendant les quinze jours qui précèdent l'opération, je soumets le malade à un régime rigoureux; je lui fais prendre dix grammes de bicarbonate de soude avant ses repas et par jour et deux grammes d'antipyrine le soir; en outre, je lui fait baigner l'œil à opérer pendant trois ou quatre jours et cinq ou six fois par jour dans une solution de cyanure de mercure à 1/2000, afin d'aseptiser son œil, et surtout de faire naître dans son humeur aqueuse des antitoxines capables de lutter contre les infections exogènes toujours possibles.

Avec ces précautions, l'opération de la cataracte réussit aussi bien que chez le non-diabétique, c'est-à-dire toujours.

4° Une complication oculaire assez fréquente au cours d'un diabète est l'*amblyopie diabétique*, c'est-à-dire un affaiblissement progressif *de la vision centrale* sans lésion appréciable.

C'est que cette amblyopie dérive, comme chez l'alcoolique ou le fumeur invétéré, d'une névrite rétro-bulbaire qui ne se révèle pas, pendant longtemps du moins, par des signes ophtalmoscopiques tangibles au fond de l'œil; mais simplement par un scotome central ou diminution de l'acuité visuelle et du sens des couleurs, avec conservation à peu près intégrale du champ visuel.

Cette amblyopie se termine rarement, même à la longue, chez l'alcoolique ou le tabagique, par l'atrophie du nerf optique; tandis que j'ai vu quelquefois cette terminaison se produire chez le diabétique qui refuse de se soigner selon les indications que comporte son affection. Cette complication est donc sérieuse et mérite toute l'attention du médecin traitant.

5° Mais la *rétinite hémorrhagique*, ou mieux les *hémorrhagies de la rétine*, survenant au cours du diabète, constituent à mon sens, l'une des complications les plus graves de cette affection. En effet je l'ai observée chez une trentaine de diabétiques et j'ai toujours vu ces malades mourir entre les 15 ou 18 mois qui ont suivi la constatation de cette complication. Et pourtant, la plupart d'entre eux affirmaient se porter aussi bien que d'habitude et ne se croyaient pas plus malades qu'antérieurement, à part un trouble visuel survenu en général subitement. Je dois dire que je les ai tous trouvés albuminuriques, depuis un certain temps déjà; et la plupart même m'ont frappé par leur baleine ayant l'odeur de la pomme reinette; ce qui dénotait la présence dans leur sang de trois poisons graves: *l'acénote, l'acide acénotique* et *l'acide oxybutirique*. Or, M. le professeur Lépine, dans son beau livre sur le diabète et bon nombre de ses leçons et communications antérieures, considère *l'acétonémie* comme étant d'un très mauvais augure.

Aussi dans tous ces cas, je me suis demandé si ces malades qui paraissaient, pour la plupart, encore bien valides et même bien portants, avaient succombé aussi rapidement par le fait de l'albuminurie, d'une *albuminurie* dérivant d'une néphrite grave venant s'ajouter au diabète ou bien par le fait de *l'acétonémie*, c'est-à-dire d'un empoisonnement du sang par l'acétone, assez fréquent chez le diabétique à un moment de son existence, empoisonnement dérivant bien, lui, de l'hyperglycémie dont il agrave singulièrement le pronostic.

Je ne saurai me prononcer sur ce point n'ayant pu suivre ces malades jusqu'au bout.

Cependant j'aurai plus de propension à attribuer la gravité du pronostic de ces hémorrhagies rétiniennes à l'acétonurie plutôt qu'à l'albuminurie.

Car, enfin, nous savons que près de la moitié des diabétiques présentent, à un moment donné, de l'albumine dans leurs urines. Mais le plus souvent, cette albuminurie chez eux est peu grave; elle est en quelque sorte plutôt fonctionnelle que dérivant d'une néphrite bien confirmée, souvent disparaissant pour reparaître et disparaître de nouveau, selon le genre de vie et le régime suivi; et en général elle permet encore une longue survie aux malades.

D'après les belles études du professeur Tissier, cette albuminurie, qui effrayait beaucoup autrefois et n'a cessé d'intriguer les cliniciens, serait tantôt *alternante* avec le diabète et alors peu grave, tantôt *concomitante* et alors un peu plus grave et quelquefois même très grave; tantôt enfin *substitutive* et alors très grave, mais très rare 4 0/0 seulement; tandis que la concomitante apparaît dans 40 0/0 des cas, et l'alternante 20 0/0.

Quoi qu'il en soit, mes malades, à la fois diabétiques et albuminuriques, qui sont morts à si bref délai, présentaient presque tous sur leur rétine de vastes hémorrhagies en nappes ou en flaques, avec quelquefois des taches blanches grisâtres formées par des éléments granulo-graisseux.

Quelques-uns présentaient même l'image ophtalmoscopique de la véritable rétinite albuminurique; ceux-là étaient de véritables brigthiques qui étaient très malades et ont succombé rapidement.

Mais je n'ai jamais observé ce que l'on a quelquefois décrit, comme étant la seule et véritable rétinite diabétique, sous la forme de petites agglomérations de minuscules taches grisâtres sur le rétine ou de petites hémorrhagies en flammèches ou en pointillés le long des vaisseaux, aux alentours de la macula. Cette complication est donc probablement très rare et d'un pronostic peu grave.

Je me résume et je dis:

*Chaque fois qu'un diabétique est venu se plaindre à moi de troubles visuels et que je lui ai trouvé des hémorrhagies en plaques sur l'une de ses rétines ou sur les deux; chaque fois aussi j'ai trouvé de l'albumine dans ses urines et presque toujours aussi et en même temps de l'acétonémie.*

*Or ces malades, quoique paraissant encore bien valides, ont tous succombé en un espace de temps qui a varié de 15 à 18 mois.*

*Mais j'ignore qu'il faut mettre la gravité du pronostic de ces hémorrhagies rétiniennes sur le compte de l'albuminurie ou sur celui de l'acétonémie, venant compliquer le diabète.*

## REVUE DE CHIRURGIE

**Rupture spontanée des voies biliaires**, par le Dr Routier (*Soc. de Chirurgie*).

Les ruptures spontanées des voies biliaires ne sont pas extrêmement rares. Elles se rencontrent chez les malades atteints d'accidents lithiasiques plus ou moins accentués, mais il est assez difficile de bien expliquer leur pathogénie, car la plupart du temps, on ne peut retrouver le point où s'est faite la rupture.

Voici deux observations que M. Routier tire de sa pratique: dans un premier cas une malade vient à Necker, en pleine péritonite généralisée. M. Routier l'opère et trouve une quantité de bile

assez considérable épanchée dans la cavité péritonéale. La vésicule est tendue et pleine de calculs : on l'ouvre, on évacue un liquide mal coloré et une quantité assez considérable de calculs.

Le cystique est débouché et la bile commence à venir dans la vésicule. M. Routier examine avec soin les voies biliaires et ne trouve pas l'orifice par lequel la bile s'est écoulée dans le ventre.

Dans un autre cas, il s'agit d'une malade que M. Routier opéra une première fois et à laquelle il fit une cholécystectomie. Cette malade vint avec des accidents de péritonite enkystée dans la région sous-hépatique. Il ouvrit la collection suppurée et au bout de quelque temps, alors que la malade semblait devoir guérir, une fistule biliaire se déclara.

Il se fit un écoulement de bile énorme et la malade mourut d'épuisement. L'autopsie faite par M. Routier lui-même ne lui permit pas de trouver le point par lequel s'était fait cet écoulement.

**La tuberculose du testicule,** par le prof. Pierre Delbet (*Conc. Méd.*).

Je vous présente un malade atteint d'une affection du testicule. Cet homme, que j'ai déjà opéré il y a quelques années pour une épididymite blennorrhagique, offre dans son observation des particularités contradictoires. Il a d'abord des antécédents collatéraux et héréditaires très chargés en tuberculose. D'un autre côté, dans ses antécédents personnels, nous trouvons deux blennorrhagies.

Lorsque vous voyez un malade porteur d'une lésion de l'épididyme et du testicule, qui accuse dans son passé pathologique une blennorrhagie, la première idée venant à l'esprit est qu'il s'agit d'une localisation épididymaire de la blennorrhagie. C'est souvent vrai, mais, si vous ne voulez pas faire une erreur de diagnostic et de pronostic, ne vous en tenez pas à ce renseignement du malade. Il existe des écoulements uréthraux dus à des granulations bacillaires de l'urètre postérieur, de la région prostatique. Il ne suffit pas que le patient déclare avoir eu la blennorrhagie ; il faut chercher si cette blennorrhagie a été réelle. Vous arrivez assez facilement, dans la plupart des cas, à trancher la question. Au point de vue subjectif, l'écoulement tuberculeux se s'accompagne, en général, d'aucune espèce de phénomènes douloureux, alors que la blennorrhagie légitime engendre des douleurs vives. Objectivement, l'écoulement tuberculeux est peu abondant, séreux, à peine coloré, alors que l'écoulement blennorrhagique est abondant, opaque, jaune verdâtre.

L'épididyme blennorrhagique porte toujours au début, et souvent jusqu'à la fin, exclusivement sur la partie terminale du canal déférent et sur la partie suivante de l'épididyme (queue de l'épididyme). Ces lésions produisent une oblitération des tubes épididymaires. Toutes les fois où l'affection a eu une allure véritablement aiguë, l'oblitération est définitive, de telle sorte que les spermatozoïdes peuvent pénétrer dans la tête et le corps de l'épididyme, mais ne peuvent traverser le noyau d'oblitération de la queue de l'organe, ne peuvent plus gagner le canal déférent. Le malade est frappé de stérilité, mais non d'impuissance. Ce qui maintient la puissance, ce n'est pas l'évolution des cellules sécrétant les spermatozoïdes, c'est l'évolution des cellules interstitielles du testicule. Celles-ci, dans l'épididymite blennorrhagique, ne meurent pas, et bien que les spermatozoïdes ne puissent sortir, le sujet conserve sa virilité. Il est seulement infécond. On s'est demandé s'il ne serait pas possible de rendre à un tel individu sa fécondité. On peut y arriver, en pratiquant des anastomoses. Le canal déférent, en effet, n'est pas oblitéré, le corps de l'épididyme l'est rarement, la tête jamais. Il est donc possible, par une anastomose, d'amener le canal déférent en un point non oblitéré de l'épididyme. Cette opération est assez facilement réalisable. Elle n'est susceptible de donner de résultat que si le testicule peut encore produire des spermatozoïdes. Or, il semble que le testicule conserve longtemps, des années mêmes, cette faculté. Dans des cas que j'ai opérés, j'ai pu constater la présence, dans l'épididyme, de spermatozoïdes vivants. Donc, certaines cellules interstitielles du testicule continuent à fonctionner, puisque le sujet conserve sa puissance. Les tentatives destinées à rétablir la continuité de l'épididyme et du canal déférent sont, dans ces conditions, parfaitement légitimes. C'est ce que nous avons fait chez ce malade : nous avons réséqué la partie inférieure de l'épididyme et pratiqué une anastomose épididymo-déférentielle. L'opération n'a pas dû donner un grand résultat, car d'autres accidents morbides sont apparus. Une nouvelle blennorrhagie, au dire du malade, s'est produite, et à nouveau, les bourses ont augmenté de volume. Mais, s'est-il agi véritablement d'une nouvelle blennorrhagie ? Quand on a affaire à un uréthre vierge, les caractères de la blennorrhagie sont nets, mais quand l'uréthre a déjà été antérieurement contaminé, il peut se faire des recrudescences sans phénomènes très aigus. L'expression du canal, depuis l'urèthre périnéal jusqu'au méat, si elle ramène du pus, peut guider le diagnostic. Ici, le malade vient d'uriner et il nous est impossible, maintenant, de rechercher ce signe. Mais d'autres éléments vont nous éclairer.

Nous trouvons, en effet, des lésions, qui ne relèvent pas de la blennorrhagie. J'ai dit que l'épididymite blennorrhagique ne suppure jamais. Cette notion n'est pas exacte au point de vue microscopique, mais elle l'est au point de vue clinique. La blennorrhagie épididymaire ne suppure en aucun cas. Gosselin avait publié trois observations d'épididymite blennorrhagique suppurée sur lesquelles on a longtemps discuté ; elles concernaient, en réalité, des bacilloses réchauffées à l'occasion d'une blennorrhagie.

Chez notre malade, la peau des bourses est soulevée par une tuméfaction appréciable et offre des modifications très apparentes. La lésion est suppurée et a déjà envahi la peau, ce qui suffit à dire qu'il ne s'agit pas de blennorrhagie.

Le siège de la tuméfaction, il est vrai, n'est pas celui observé ordinairement dans l'infection tuberculeuse. Le siège de la collection purulente et des fistules a, au niveau des bourses, une importance capitale. Quels sont les points sur lesquels porte la tuberculose ? Lorsqu'on trouve des lésions dans les bourses, on doit penser à la tuberculose ou à la syphilis. Le siège de la lésion est un guide de premier ordre. Voici la formule générale : la tuberculose frappe l'épididyme et la syphilis le testicule. Il existe des exceptions à cette règle, mais elles sont rarissimes. La syphilis peut, parfois, intéresser l'épididyme ; c'est là un point très obscur sur lequel on discute. La syphilis épididymaire serait précoce, apparaîtrait à la période secondaire, ne suppurerait pas. Quand on est en présence d'une lésion suppurée, on peut garder intacte la formule que je viens d'énoncer.

La tuberculose frappe l'épididyme. Existe-t-il des exceptions ? Il faut distinguer les enfants et les adultes. Chez les enfants en bas-âge, il n'est pas rare de voir la tuberculose frapper le testicule. Il s'agit d'infections hématiques, se faisant par voie sanguine. Cette tuberculose testiculaire a une évolution particulière. Il est des cas où elle suppure, où il y a fonte du testicule, ramollissement de celui-ci. Il est des cas, où elle guérit *in situ* par résorption, et le résultat est une sorte de castration pathologique. Il ne reste rien du testicule, à peine un petit noyau fibreux.

Cette tuberculose du testicule est, paraît-il, assez fréquente. On ne l'observe jamais chez l'adulte. Chez l'adulte, l'épididyme est toujours touché.

Les lésions suppuratives de la syphilis se localisent, au contraire, sur le testicule. Quel est le siège de la collection ? C'est en avant qu'elle vient se faire jour, le testicule étant normalement en avant. Pour la tuberculose, s'il se fait une fistule, elle s'ouvre à la partie postérieure, puisque les lésions intéressent l'épididyme. Le siège de la fistule a donc un intérêt considérable. Quand vous voyez une fistule à la partie antérieure, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse de syphilis. Quand elle siège en arrière, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse de tuberculose. C'est une probabilité énorme et non une certitude, car la certitude clinique ne s'obtient guère que par l'ensemble des symptômes. Il peut se produire une fistule syphilitique en arrière et une fistule tuberculeuse en avant, lorsqu'il y a inversion du testicule, que celui-ci est en arrière et l'épididyme en avant. Dans ces cas-là, le diagnostic offre plus de difficultés, mais par la palpation on parvient généralement à reconnaître l'épididyme et le testicule.

Je suppose la lésion localisée à l'épididyme. Nous sommes en présence, par exemple, d'un gros épididyme non ramolli, sans suppuration. La question est de savoir s'il est d'origine tuberculeuse ou d'origine blennorrhagique. Il y a bien quelques petits kystes de l'épididyme auxquels on pourrait penser. Ils sont indolents, s'observent surtout chez les vieillards et ont peu d'intérêt. Pourrons-nous tirer une indication du siège des noyaux ? La blennorrhagie frappe la partie terminale du canal déférent et la queue de l'épididyme. Elle peut remonter plus ou moins haut, mais il est rare qu'elle occupe le corps dans sa totalité. Quand vous trouvez des noyaux dans la tête de l'épididyme, vous pouvez être sûr qu'il ne s'agit pas de blennorrhagie. Les noyaux localisés à la tête ne relèvent jamais de la blennorrhagie, mais l'inverse est-il exact ? Est-il vrai que les noyaux frappant la queue ne sont jamais tuberculeux ? Pas du tout. On avait donné comme règle que la tuberculose frappe la tête de l'épididyme. Eh bien ! il existe des lésions tuberculeuses siégeant dans la queue. Même dans ces cas, on peut souvent faire le diagnostic. Ces lésions n'ont pas les mêmes caractères au point de vue tactile. Dans la tuberculose, elles sont irrégulières, ce sont des mamelons.

Je reviens à notre malade. Il a une lésion de la partie supérieure et antérieure des bourses. Le siège n'est pas suffisant pour conclure à la syphilis. Il faudrait que les altérations portassent sur le testicule. Or, en faisant la palpation, je sens le testicule situé nettement à côté de la lésion et très horizontal. La lésion ne porte pas sur le testicule mais vraisemblablement sur la tête de l'épididyme. On ne sent plus l'épididyme parce que je l'ai enlevé et ai fait une anastomose épididymo-déférentielle, intervention qui a causé d'ailleurs le basculement du testicule. Etant donnés les antécédents opératoires, nous pouvons conclure que la lésion siège dans la tête de l'épididyme, seule partie restante de l'organe. On reconnaît avec netteté le canal déférent qui vient se jeter dans le noyau.

Quelle est la nature de la lésion ? Nous ne sommes pas là dans des conditions normales, l'épididyme ayant été enlevé en partie. Si le malade fait de l'épididymite blennorrhagique, il ne peut en faire que dans la tête de l'organe. Donc ici, en raison de ces conditions particulières, il serait possible qu'il y ait dans la tête épididymaire des noyaux blennorrhagiques : toutefois, l'évolution de l'affection, le caractère suppuratif qu'elle présente, montrent bien qu'il s'agit de bacillose, de tuberculose déjà arrivée à la période de ramollissement avec adhérences cutanées et fistules.

Nous avons le diagnostic de siège, de nature. Le diagnostic est-il complet ? Non. D'abord, il faut toujours examiner le sujet au point de vue de son état général, d'une tuberculose d'autres organes en particulier. De plus, quand on a affaire à une tuberculose de l'épididyme, on doit examiner le reste de l'appareil génito-urinaire. Pour palper le canal déférent, on saisit, en passant au ras de la verge, toute la masse du cordon

et l'on perçoit un petit cordon dur qui s'échappe comme un noyau : c'est le canal déférent. Ici, il est manifestement épaissi. Les altérations du canal déférent s'observent dans la tuberculose et aussi dans la syphilis. En général, quand la syphilis a altéré le canal déférent, celui-ci est uniformément épaissi, comme une baguette de verre ou un tuyau de pipe. La tuberculose frappe au contraire par places et détermine une série de nodosités. D'un côté, un cordon induré cylindrique, de l'autre un chapelet. L'examen est facile à faire à la racine des bourses, mais cela ne suffit pas, il faut le poursuivre dans le canal inguinal, en déprimant en arrière. Dans la fosse iliaque, le canal déférent normal n'est plus perceptible ; il ne le devient que lorsqu'il est altéré. On peut apprécier encore la portion terminale du canal déférent au point de sa réunion avec le conduit éjaculateur. C'est le toucher rectal qui renseigne ainsi sur l'état de la partie terminale du déférent, sur l'état de la prostate et des vésicules séminales. Presque au-dessus du sphincter anal, on arrive sur le bec de la prostate. Chez notre malade, il y a du côté droit des lésions considérables, de grosses nodosités dans le canal déférent.

Ce n'est pas encore fini. Il faut savoir si le bas-fond de la vessie ou la portion prostatique de l'urèthre ont été touchés par l'infection bacillaire. C'est très commun. Je ne discuterai pas la question confuse de l'infection épididymaire tuberculeuse ; est-elle d'ordre hématique ou d'origine ascendante ? Le fait certain, c'est qu'en clinique, on trouve souvent des troubles qui prouvent que le bas-fond de la vessie est lésé. Deux symptômes sont à rechercher. L'hématurie en premier lieu. Elle n'est pas exceptionnelle et peut être la première manifestation de la tuberculose du bas-fond vésical. Il est des hématuries vésicales précoces, comme il est des hémoptysies prémonitoires de tuberculose pulmonaire. Sans prodromes, alors, l'urine contient à un moment donné du sang. Il peut se faire que l'hématurie ne se reproduise jamais et que la tuberculose vésicale apparente éclate seulement des années après. Cherchons, en second lieu, les phénomènes réactionnels, l'irritation vésicale, les envies fréquentes d'uriner. Notre malade a eu une blennorrhagie, peut-être deux, et a droit d'avoir une irritation vésicale. Depuis un mois, il urine fréquemment, se lève plusieurs fois la nuit pour uriner — la fréquence nocturne des mictions a plus d'importance que la fréquence diurne, celle-ci pouvant être psychique — ce qui prouve qu'il se passe quelque chose au niveau du col vésical, de nature bacillaire évidemment.

Le pronostic, chez cet homme, est grave. Il n'a pas seulement des lésions de tuberculose épididymaire — qui, localisées, ne comportent pas un pronostic particulièrement grave, — il a des lésions étendues aux voies urinaires, au canal déférent. Au point de vue chirurgical, cela nous lie les mains.

La question du traitement chirurgical de l'épididymite tuberculeuse est une grosse question dont l'intérêt pratique est considérable. Les chirurgiens, sur ce sujet, se divisent en deux camps : les temporisateurs et les interventionnistes. Les uns se contentent d'attendre, en donnant un traitement général, un régime, en conseillant les bains salés de Salies-de-Béarn, la mer, etc. J'ai confiance dans un tel traitement pour certaines tuberculoses chirurgicales, mais quand il s'agit de tuberculose épididymaire, j'ai été frappé de son inefficacité !

On a vanté les injections modificatrices. On les a proposées dans deux buts, pour ramollir le caséum et faciliter son élimination, ou pour déterminer une sclérose. En matière de tuberculose épididymaire, tout le monde est d'accord pour rejeter les substances qui provoquent le ramollissement. Ce sont donc les agents sclérosants, et surtout l'iodoforme (dans l'éther, la glycérine, la vaseline), que l'on a préconisés. Cette méthode a des partisans, qui vont jusqu'à qualifier l'opération chirurgicale de monstruosité, comme déterminant une castration. J'ai dit, que, dans la majorité des cas, le testicule était respecté et n'était intéressé que dans les formes ultimes. Il n'y a pas lieu de l'enlever en général. Jadis Verneuil disait que l'on gardait ainsi un testicule « moral ». C'est plutôt un testicule « immoral », qu'il faudrait dire puisque le malade reste puissant, conserve des cellules interstitielles et est capable d'apprécier sa puissance. Après résection de l'épididyme, les spermatozoïdes ne passent plus, c'est entendu, mais on peut avoir un moyen d'y remédier par les anastomoses. On ne peut pas faire l'anastomose épididymo-déférentielle puisque la totalité de l'épididyme est enlevée, mais on peut implanter le canal déférent dans le corps d'Highmore. En admettant, d'ailleurs, que l'on guérisse les malades par des injections, est-ce qu'on leur conserve le cheminement des spermatozoïdes ? Non, puisque l'épididyme est oblitéré. Le traitement, d'autre part, met des mois et des années à guérir. Au contraire, lorsqu'on pratique la résection au début — et c'est à ce moment où il faut la faire — on peut intervenir aseptiquement, guérir le patient en huit jours, et, par une implantation du canal déférent dans le corps d'Highmore, conserver la possibilité de la fécondité.

Je suis partisan convaincu de l'intervention. Cela ne veut pas dire que j'opérerai ce malade, qui n'est plus dans les conditions où l'opération est indiquée. Chez lui, la tuberculose étant trop étendue, le traitement médical doit être le seul institué.

---

# REVUE DE BIOLOGIE

**Diagnostic des manifestations blennorragiques tardives par la réaction de fixation,** par M. Charles Foix, interne (médaille d'or), et M. Henry Salin, interne des hôpitaux. *(Soc. méd. des hôp.)*

La réaction de fixation vis-à-vis du gonocoque est positive au cours de la blennorragie. C'est un fait établi, depuis les travaux contemporains de Brück (1) d'une part, de Müller et Oppenheim de l'autre (1906) (2). Mais ces auteurs, et ceux qui s'en sont occupés depuis lors, ont cherché surtout à mettre en lumière le côté théorique de la réaction, sans en envisager le côté à la fois diagnostique et pratique.

Or, on sait les services que rendent tous les jours en clinique, la réaction de Bordet-Gengou et son dérivé le *Wassermann*. Il nous a donc paru intéressant de chercher si, par cette méthode, on ne pourrait établir l'origine blennorragique de certaines arthrites à tendance chronique, et de certaines périmétro-salpingites dont la nature apparaît le plus souvent comme douteuse (3).

D'autre part, on sait les discussions qu'a soulevées de tous temps la pathogénie du rhumatisme chronique déformant, et en particulier l'étiologie tuberculeuse que M. Poncet lui reconnaît dans la plupart des cas. C'est ainsi que M. Souques a pu montrer que si la réaction à la tuberculine n'était pas exceptionnelle, la tuberculose clinique, et même anatomique, ne se rencontre que rarement chez les malades atteints de cette affection.

On pourrait, dans ces conditions, se demander si, dans nombre de cas, le rhumatisme déformant n'était pas d'arthrites l'aboutissant

(1) Bruck, *Deut. med. Wochen.*, 1906, t. XXXII, p. 1369.

(2) Muller et Oppenheim, *Wiener klin. Woch.*, 1906, t. XIX, p. 894.

(3) Tout récemment Watabiki (*Journal of infections diseases*, t. VII, p. 178-179, 1910) a montré que la réaction de fixation était positive dans la gonorrhée chronique et pouvait servir à apprécier les progrès du traitement.

chroniques d'origine infectieuse, parmi lesquelles les arthrites blennorragiques, en raison de la prédilection du gonocoque pour les articulations, apparaissent théoriquement comme devant être des plus fréquentes.

Partant de cette idée, nous avons, grâce à l'aide obligeante de notre maître M. Souques, recherché la réaction de fixation vis-à-vis du gonocoque chez les rhumatisants chroniques.

Nous apportons ici nos résultats, ils visent un double but : au point de vue clinique, possibilité d'un diagnostic tardif de la blennorragie et de ses manifestations articulaires; au point de vue théorique, discussion de l'origine infectieuse dans certains cas de rhumatisme déformant.

Dans le premier ordre d'idées, nous avons examiné des cas où la blennorragie n'était pas douteuse : arthrites, orchites, ophtalmie, rhumatisme blennorragique franc, et des cas suspects (arthrites subaiguës, périmétro-salpingites), dont la nature blennorragique apparaissait vraisemblable.

La technique a été celle ordinaire des réactions de fixation, avec la modification récemment proposée par l'un de nous (1). On peut se servir comme antigène d'émulsions de cultures chauffées ou, à leur défaut, de vaccin de Wright au gonocoque.

Chaque série comprenait, outre les malades suspects, un nombre égal de témoins chez qui la réaction de fixation s'est constamment montrée négative; ces témoins doivent d'ailleurs être choisis avec le plus grand soin, en raison de la fréquence de la blennorragie latente. C'est ainsi que dans un cas où nous avions pris comme témoin un malade atteint de néphrite chronique, bruit de galop et albuminurie importante, nous avons obtenu une réaction de fixation positive. Or, l'examen des urines a montré la présence, en dehors de tout écoulement urétral, de nombreux polynucléaires, dont la plupart renfermaient des diplocoques intracellulaires présentant toutes les réactions du gonocoque. Il s'agissait donc d'une blennorragie ancienne, ayant peut-être été le point de départ de la néphrite.

Dans l'*uréthrite simple aiguë* à gonocoque, la réaction est constamment positive (8 fois sur 8).

Il en est généralement de même dans l'*uréthrite compliquée;* nous avons pu la déceler aussi dans deux cas d'*ophtalmie purulente* blennorragique et dans un cas d'*orchiépididymite*. Mais chez un deuxième malade, atteint d'orchite, nous avons eu, à trois reprises, un résultat négatif ; peut-être s'agissait-il d'un de ces cas d'apparition tardive des anticorps sur lesquels ont récemment insisté MM. Chauffard et Vincent d'une part, M. Weinberg de l'autre.

Somme toute, sur douze cas de blennorragie urétbrale simple ou compliquée, la réaction de fixation s'est montrée onze fois positive.

Les cas qui vont suivre concernent des malades chez qui le gonocoque, tout en étant l'agent probable des accidents, ne pouvait pas toujours cliniquement être incriminé de façon certaine.

A ce point de vue nous avons examiné des périmétro-salpingites, à l'origine desquelles on ne retrouvait ni l'avortement ni la puerpéralité. Dans ces six cas, nous avons trouvé une réaction positive.

Au cours du rhumatisme blennorragique franc, contemporain ou immédiatement consécutif à l'uréthrite, la réaction de fixation s'est montrée positive sept fois; dans un cas, elle était douteuse, il s'agissait pourtant d'un rhumatisme blennorragique certain.

Dans un cas de monoarthrite d'allure pseudo-phlegmoneuse, le résultat a été positif.

Il en était de même dans un cas de talalgie

(1) Ch. Foix, *Soc. de biologie*, 1909, p. 171.

persistante consécutive à une uréthrite guérie depuis huit mois.

Mais, nous nous sommes attachés surtout à l'examen des arthrites à tendance chronique, limitées à une articulation ou à un groupe d'articulations, rentrant par conséquent dans le cadre du rhumatisme blennorragique.

Cliniquement, on décelait, chez presque tous les malades, des histoires suspectes d'échauffement ou de pertes blanches abondantes.

Dans huit cas d'arthrite de ce type, nous avons obtenu huit résultats positifs: par contre, la réaction était négative dans un cas d'origine sèche d'origine douteuse. dans un cas d'arthrite syphilitique avec Wassermann positif et guérison par le traitement, et dans un cas d'hydarthrose, probablement tuberculeuse, survenue chez une malade présentant des lésions évidentes du sommet.

Enfin, un cas de névralgie faciale rebelle, dont on avait soupçonné la nature blennorragique, a donné également une réaction négative.

Somme toute, la recherche de la réaction de fixation nous a démontré que, dans la grande majorité des cas, les arthrites, que les allures cliniques rendaient suspectes d'être blennorragiques, relevaient bien de cette étiologie; qu'il était donc possible de rapporter ces arthrites à leur véritable cause, et que d'autre part, la constance de la fixation, au cours des manifestations articulaires de la blennorragie, permettrait d'éliminer le gonocoque de façon quasi certaine, en cas de réaction négative.

Il nous reste à envisager les cas de rhumatisme déformant chronique.

Nous avons étudié, à ce point de vue, huit malades atteints de rhumatisme déformant typique et généralisé.

Dans ces cas, nous avons obtenu constamment une réaction absolument négative.

Il nous semble donc infiniment probable, étant donné la constance de la réaction positive au cours des manifestations articulaires tardives au cours de la blennorragie, que le gonocoque n'est pour rien dans l'étiologie du rhumatisme chronique et que son rôle se limite à des cas de pseudo-rhumatisme chronique déformant vrai, dont le diagnostic clinique reste, somme toute, relativement facile.

En résumé, l'ensemble de ces faits nous paraît légitimer les conclusions suivantes :

Tout d'abord, il est aisé de rattacher par la recherche la réaction de fixation une arthrite ou une salpingite, d'origine cliniquement douteuse, à sa seule cause blennorragique ou non.

D'autre part, il n'y a pas de rapport, au point de vue étiologique, entre les pseudo-rhumatismes chroniques, d'origine infectieuse, et le rhumatisme chronique déformant dont la nature est sans doute tout autre.

---

## REVUE CLINIQUE

**Recherches des réflexes chez les enfants**, par Mlle Zaimovski (*Thèse Paris 1909*).

Les réflexes de l'enfant et ceux de l'adulte présentent des dissemblances qu'il importe de bien connaître. Ces dissemblances tiennent à l'incomplet développement du système nerveux central chez l'enfant, et en particulier au non fonctionnement du faisceau pyramidal avant le 6e ou 9e mois. Ainsi privés de leur frein modérateur, les mouvements restent jusque-là désordonnés.

Ce sont le réflexe rotulien et le réflexe plantaire qu'on recherche le plus commodément chez l'enfant. Pour les trouver sans difficulté, le mieux est de placer le petit malade sur le dos : tant qu'il ne crie pas, on percute le tendon rotulien. Quant au réflexe plantaire ou signe de Babinski, on le provoque en excitant la plante du pied avec un objet à pointe mousse, telle une pointe de crayon ou une tête d'épingle, afin d'éviter la douleur.

Toujours constant, le réflexe rotulien est manifestement exagéré pendant les six premiers mois ; puis il se rapproche peu à peu de l'état normal qui est atteint vers deux ans et demi. — Quant au réflexe plantaire, on sait que, chez l'adulte, il se traduit normalement par la flexion du gros orteil ou, au contraire, par son extension quand il y a perturbation fonctionnelle du faisceau pyramidal. Or, chez le tout jeune enfant, il en est tout autrement : c'est l'extension du gros orteil qui est la règle pendant les trois premières années, après lesquelles c'est la flexion.

D'autre part, il est certains réflexes particuliers à l'enfant : c'est tout d'abord le réflexe des lèvres, qui apparait deux ou trois mois après la naissance et persiste jusqu'à six mois. Il consiste en un mouvement labial de succion quand, chez un enfant endormi, on percute l'orbiculaire des lèvres en dehors de la commissure. On voit ce réflexe réapparaître de façon presque constante chez les paralytiques généraux, les alcooliques, les déments séniles ou organiques.

C'est ensuite le réflexe de Brudzinsky ou réflexe castro-latéral des membres inférieurs, lequel est d'ordre pathologique : on ne l'observe que dans les affections organiques du système nerveux central, notamment dans les méningites. Il consiste en ceci : quand on fléchit fortement la cuisse sur l'abdomen, on voit la jambe opposée, lorsqu'elle est paralysée, exécuter un mouvement d'extension, lequel mouvement ne se produit pas du côté non paralysé ; au bout d'un certain temps, ce réflexe contro-latéral disparaît, pour faire place à un réflexe latéral homologue (la flexion de la jambe saine produit la flexion du côté malade).

**Parasitisme et pseudoparasitisme multiples chez une femme**, par M. A. Railliet, en collaboration avec M. A. Henry. (*Acad. de Méd.*)

Au mois de novembre 1906, M. Cliquet, vétérinaire inspecteur de la ville de Lisieux, recevait la visite d'un habitant de la campagne environnante, qui lui remettait un petit paquet avec cette simple explication :

« Depuis *quatre mois*, ma femme, âgée de soixante-trois ans, éprouve de violentes démangeaisons aux jambes ; elle se gratte sans cesse, et je vous apporte un échantillon de ce qu'elle arrache, afin de savoir ce qui la fait ainsi souffrir. »

M. Cliquet, sans se faire d'illusions sur le motif qui avait conduit le campagnard chez le vétérinaire et non chez le médecin, ouvrit le paquet, et ne fut pas peu surpris d'y trouver, au milieu de croûtes et de débris épidermiques, une population grouillante dans laquelle dominaient des sortes de petits vers blancs.

Fort intrigué par cette découverte, il s'empressa de nous envoyer le paquet en question, et ce que nous y trouvâmes était tellement curieux que nous lui demandâmes d'aller reconnaître le milieu, vraisemblablement fort sale, dans lequel vivait cette femme, et de la faire visiter elle-même par un médecin.

M. Cliquet acquiesça aussitôt à notre désir et se rendit à la campagne en compagnie de son ami le Dr Lambroschini, médecin-major du 119e de ligne, qui examina successivement la femme et le mari.

La première, à qui on aurait facilement donné soixante-quinze ans, se trouvait dans un état extrême de misère physiologique. Son corps n'était plus qu'une plaie : par le fait des grattages incessants, toutes les régions, à l'exception des mains, étaient couvertes d'excoriations. Le prurit était à peu près constant, mais s'exagérait pendant le séjour au lit, jusqu'à devenir intolérable. Cliniquement, l'affection ressemblait assez à de la gale, mais il n'existait pas de sillons, tandis qu'on rencontrait dans les croûtes de petites larves blanches.

Comme nous l'avions pressenti, la malheureuse vivait au milieu d'une saleté repoussante, et dans la promiscuité la plus étroite avec ses chiens, ses lapins et ses poules. Son lit était un grabat innommable que rejoignaient les toiles d'araignées descendant librement du plafond. En un mot, le summum de la misère et de la malpropreté.

Le mari, bien que partageant le lit de sa femme, n'éprouvait pas de démangeaisons. On ne lui trouva d'ailleurs aucune lésion sur le corps ; il portait seulement quelques traces de piqûres aux membres supérieurs, surtout aux avant-bras, ainsi que sur le pénis.

Cette visite médicale eut pour sanction immédiate l'hospitalisation de la patiente ; de simples soins hygiéniques eurent raison des lésions cutanées; une alimentation convenable vint à bout de sa cachexie.

L'examen des produits de grattage, que nous avions pratiqué tout d'abord, put être complété par celui d'une seconde récolte, non moins copieuse, opérée par MM. Cliquet et Lambroschini. C'est cet examen dont il nous reste à rendre compte.

Au milieu des croûtes et des squames épidermiques, existaient à foison des insectes et des acariens d'espèces variées : toute une faune cuticole.

La gent dominante dans cet ensemble était représentée par les larves blanches, dans lesquelles il nous fut facile de reconnaître les larves de la Puce de l'Homme (*Pulex irritans* L.), à tous les stades de croissance. Ces larves étaient très actives, et c'est à elles qu'était dû l'aspect grouillant de la masse, tous les arthropodes qui les accompagnaient étant morts, au moment de l'examen, à l'exception d'un petit tyroglyphe. Il existait une seule puce adulte de la même espèce, morte aussi, bien entendu, car, à supposer que des puces vivantes eussent été capturées, elles n'auraient pas manqué de s'évader.

Les autres insectes présents dans la récolte étaient des poux de corps, ou mieux de vêtements (*Pediculus vestimenti* Nitzsch), qui constituaient, avec les puces adultes, le véritable élément parasitaire de l'affection et le point de départ du prurit.

Pour la détermination des acariens, nous avons fait appel à la compétence toute spéciale de M. le professeur Trouessart, qui est arrivé au résultat suivant :

1° Un gamasidé, probablement le *Dermanyssus gallinæ* (Degeer), parasite habituel des oiseaux de basse-cour, qui s'attaque éventuellement aux mammifères et en particulier à l'homme ;

2° Trois espèces de sarcoptidés, appartenant toutes au groupe des détriticoles ou tyroglyphinés : *Tyroglyphus longior* P. Gervais, *Tyroglyphus* sp. et *Glycyphagus domesticus* (Degeer). Ces acariens se nourrissent de matières organiques plus ou moins altérées, et par suite ne représentent ici que des pseudo-parasites. Il n'existait aucune trace de Sarcoptes, ce qui permettait d'éliminer de *plano* le diagnostic de gale;

3° Un Trombidiidé, le *Cheletes eruditus* (Latreille), espèce prédatrice qu'on rencontre fréquemment dans tous les endroits où pullulent les tyroglyphinés dont elle fait volontiers sa proie;

4° Enfin, un oribadidé, peut-être l'*Hermannia nanus* Nicolet, hôte tout accidentel sans doute, égaré dans ce milieu.

Au total, la faune à laquelle donnait asile la peau de cette femme, comprenait huit espèces d'arthropodes, dont une à la fois sous la forme larvaire et à l'état adulte.

De ces espèces, deux seulement, comme nous

l'avons dit — les poux et les puces adultes — étaient véritablement parasites; les autres représentaient des pseudoparasites, ou mieux des commensaux accidentels, profitant simplement de la nourriture abondante que leur offrait la peau malpropre et irritée, suintante ou croûteuse de la patiente. C'est dans cette dernière catégorie évidemment que se rangent aussi les larves de puces qui, dans les conditions ordinaires, vivent dans les fentes des parquets ou dans les coins poussiéreux des habitations.

Les faits de cet ordre doivent être excessivement rares, car il semble que leur caractère singulier aurait dû porter les médecins à les publier, et l'on ne trouve presque rien à ce sujet dans la littérature.

Küchenmeister (1) note pourtant ce fait déjà extraordinaire que, chez les individus malpropres, les puces peuvent déposer leurs œufs sous les ongles et en particulier sous ceux des orteils. Hebra (2) dont on connaît la vaste expérience, se borne à dire également, ou peut-être même à répéter d'après la source précédente, qu'on a trouvé des œufs de puces sous le bord libre des ongles de sujets crasseux.

Un seul auteur, à notre connaissance, a signale le pseudo-parasitisme des larves de puces chez l'homme : c'est le Dr Bergh, de Copenhague (1). Son observation mérite donc d'être rapprochée de la nôtre, et c'est pourquoi nous la rapportons en détail.

Birthe S..., de Skuldby, près Nestved (Danemark), est une ouvrière de quarante ans, très malpropre, adonnée à la boisson et vivant seule. Depuis fort longtemps, elle souffre de psoriasis, et a même subi de ce chef, il y a quelques années, un traitement de plusieurs semaines à l'hôpital communal de Copenhague. Au cours de la dernière année, cette affection s'est sérieusement aggravée, donnant lieu à la formation de couches squameuses très épaisses qui provoquaient un prurit d'une telle intensité que souvent la patiente se grattait jusqu'au sang. Or, dans la dernière semaine, elle avait trouvé, parmi les squames ainsi que dans les érosions résultant des grattages, des « vers » vivants qu'elle avait recueillis dans un flacon, pêle-mêle avec des squames, du sable et de la crasse, et portés à son médecin, le Dr Catenschjold, de Nestved, qui s'empressa de les adresser à Bergh. Sur la recommandation de celui-ci, le médecin rendit visite à la malade, qu'il trouva dans une maison extraordinairement sale. Un examen attentif du corps lui révéla en plusieurs points, soit parmi les squames, soit dans les excoriations, la présence de petits êtres semblables à ceux qui lui avaient été apportés ; il en découvrit de même dans le sable répandu sur le plancher, ainsi que dans le lit, qui contenait en outre un grand nombre de puces. Le tout fut envoyé à Bergh.

La scène se passait au commencement de septembre 1879. La patiente changea d'habitation et de vêtements, prit quelques bains, et ces simples précautions suffirent à faire disparaître les troubles qui étaient venus compliquer sa maladie.

L'étude des petits « vers » fut poursuivie par Bergh, qui les reconnut pour des larves de *Pulex irritans* L., et en donna même une description très complète.

Comme on le voit, cette observation offre plus d'un point de contact avec la nôtre ; elle en diffère cependant par l'unicité du pseudoparasitisme préalable de lésions cutanées propres à en favoriser l'établissement.

Chez les animaux, les faits de cet ordre sont peut-être un peu moins rares. Nous avons pu relever les suivants :

1° En 1855, J. Austin, vétérinaire à Exeter (1), adressait aux éditeurs du *Veterinarian*, professeurs au Collège vétérinaire de Londres, des produits cutanés mélangés « de petits animaux » provenant d'un chien qui avait souffert pendant six mois d'une irritation de la peau, mais ne présentait plus trace d'éruption. Examinés plus d'un mois après, ces produits montrèrent, parmi des squames épidermiques et de la crasse : des œufs embryonnés, des coques vides, des larves, dont trois ou quatre encore vivantes, des peaux de mues de ces larves, des pupes, et enfin des insectes parfaits de la puce du chien (*Ctenocephalus canis* (Curtis);

2° Leuckart (2) a fait une observation analogue. Chez un chien eczémateux, il a trouvé, dans les croûtes ou dans les squames, des centaines de petites et grosses larves de puces de la même espèce, mais pas de pupes. Il considère que ces larves ne peuvent guère être accusées d'avoir provoqué l'éruption, mais qu'elles doivent en avoir profité ;

3° Le professeur Neumann, de Toulouse (3), a été appelé à examiner un dépôt poussiéreux recueilli à la place où s'était endormi un chat angora, qui signalait ainsi son passage partout où il stationnait. Ce dépôt était constitué par des œufs, des coques vides, des larves de taille variée et quantité d'excréments noirâtres de larves ou de puces adultes. Il était difficile de découvrir des larves dans le pelage même, dit l'auteur, « mais il n'est pas douteux qu'elles n'y fussent en abondance ». Les puces adultes qui existaient aussi en grand nombre sur le chat, appartenaient à l'espèce Ctenocephalus felis (Bouché). Neumann, constatant l'intégrité de la peau, fait remarquer que l'épaisseur du pelage a été, dans ce cas, la condition favorable au développement sur place des larves ;

4° Un chat angora, entretenu dans un appartement, à Saint-Maurice, nous a fourni une observation tout à fait analogue : le coussin sur lequel il se couchait était constamment couvert d'un dépôt pulvérulent très riche en œufs, et dans lequel grouillaient des larves de puces, que nous avons vainement essayé d'élever en mettant à leur disposition des débris de peau de chat. A la vérité, nous n'avons pas eu la preuve de l'existence des larves dans le pelage même ;

5° Au mois de septembre 1903, nous recevions de M. Fréchin, vétérinaire à Lure (Haute-Saône), un petit flacon renfermant un dépôt du même genre, recueilli par un médecin des environs sur deux petits chats de quatre mois lui appartenant : ces animaux présentaient de larges plaques entièrement dépilées et très prurigineuses ; en examinant avec attention les points sur lesquels portait surtout la griffe des petits sujets, le médecin y avait reconnu la présence d'œufs et de parasites. Il s'agissait d'œufs et de larves de puces (*Ctenocephalus felis Bouché*), accompagnés de quelques poux (*Trichodectes subrostratus* Nitzsch).

De l'ensemble de ces faits, il semble qu'on puisse dégager dès à présent les conditions du développement des larves de puces sur le corps de l'homme et des animaux.

Ces larves ne peuvent, à aucun titre, être considérées comme des parasites ; elles vivent sur la peau en simples commensales, profitant, selon la remarque de Leuckart, d'une abondante source de nourriture qui se trouve à leur portée.

Le problème étiologique revient donc à déterminer l'origine de cette nourriture. Or, en mettant de côté les observations, peu significatives, fournies par les chats angoras, on peut la rattacher avant tout à une irritation préalable du tégument, que celle-ci soit due à une maladie propre ou à la simple attaque de véritables parasites, tels que des poux ou des puces adultes.

Mais, en ce qui concerne au moins la peau humaine, un autre élément intervient, dont l'importance n'est peut-être pas secondaire, à savoir une excessive malpropreté. Car les larves trouvent dans la crasse à la fois un milieu nutritif excellent et un gîte de tout repos. Et ce ne sera pas, sans doute, pour nos successeurs, un sujet de faible étonnement de constater qu'une observation comme celle que nous venons de relater ait pu être recueillie dans une des plus riches provinces de la France, au début du XXe siècle.

(1) Fr. Küchenmeister. *Die in und an dem Körper des lebenden Menschen vorkommenden*. 1ste Abth., *Die thierischen Paraziten*. Leipzig, 1855. p. 458.

(2) Hebra und Kaposi. *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, 2te Aufl., II, 1876, p. 717.

(1) R. Bergh. To sjeldene Tilfaelde af Pseudo-Parasiter hos Mennesket. *Hospitals-Tidende*, 3 R., III, n° 22, 3 juni 1885, p. 509 (avec fig.).

Id. Die Flohlarve als Pseudoparasit des Menschen. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, IV, n° 7, Juli 1885, p. 209 (avec fig.).

(1) Parasitic dermitis in a dog. *The Veterinarian*, vol. XXVIII, 1855, p. 335.

(2) R. Leuckart. *The parasites of man*. London, 1886, p. 145. — R. Bergh. *Loc. cit.*

(3) G. Neumann. Sur un habitat exceptionnel des larves de puces. *Revue vétér.*, XVII, n° 11, novembre 1892, p. 598.

**Duodénite ulcéreuse urémique**, par MM. A. Cade, médecin des Hôpitaux, assistant du prof. J. Teissier, et Lucien Thévenot, chef de clinique médicale à la Faculté (*Soc. méd. des Hôp.*).

La duodénite ulcéreuse constitue une lésion classiquement connue dans l'histoire du brightisme et de l'urémie, plus particulièrement depuis la communication de MM. Barié et Delaunay à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1903) et le mémoire de MM. Devic et Charvet paru la même année dans la *Revue de médecine*.

Elle reste néanmoins d'observation relativement rare, et sans doute plus rare qu'elle ne l'est en réalité, comme le faisaient bien remarquer MM. Devic et Charvet.

En effet, cliniquement, elle passe très souvent inaperçue: les hémorragies évidentes qui sont le symptome le plus manifeste de la duodénite ulcéreuse, manquent bien souvent. En l'absence de ce symptôme, les vérifications nécropsiques chez les brightiques négligent trop souvent l'examen des divers segments de l'intestin, et particulièrement du duodénum. Or, même quand on aborde une autopsie, avec la notion clinique d'hémorragies intestinales et l'intention de leur trouver une lésion causale, il faut encore examiner avec soin les divers segments du tube digestif pour mettre en évidence les petites ulcérations duodénales, provocatrices de l'entérorragie. C'est ce que nous avons pu constater dans un cas récent, chez un malade de la clinique de notre maître, M. le professeur Teissier, malade dont l'histoire est intéressante à divers titres.

F..., cordonnier, 59 ans.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires du malade; sa femme est morte de bacillose; il a perdu un enfant de tuberculose à 13 ans.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève qu'une fluxion de poitrine à 25 ans et quelques excès de vin; le malade n'aurait pas eu la syphilis.

Le début des accidents, qui l'amènent à l'hôpital, remonte au mois de juin 1909; la dyspnée, l'œdème malléolaire, la cryesthésie furent les symptômes qui motivèrent un premier séjour salle Saint-Augustin, du 12 juillet au 20 août 1909; on constatait alors, à l'entrée, de l'albuminurie avec un bruit de galop, de la polyurie, en somme des signes de néphrite chronique.

Le malade quitta l'hôpital ne présentant plus d'albumine et se trouvant très amélioré.

Il y revint le 1er octobre 1909, sans troubles fonctionnels nouveaux; on constatait surtout de l'albuminurie (en disque mince), avec polyurie très accusée ; un gros cœur avec léger galop ; une pression radiale atteignant 24 centim. avec le sphygmomanomètre de Potain. Les poumons ne montraient aucune lésion, le foie et la rate étaient de volume normal; pas de troubles gas-


THYRATOXINE "BYLA"
HORMONOTHÉRAPIE
Série des HORMONES "BYLA"
NOUVELLES PRÉPARATIONS ORGANIQUES PRIVÉES DES TOXO-LIPOÏDES ET DES TOXO-LEUCOMAÏNES
THYROÏDINE
NON TOXIQUE
INNOCUITÉ ABSOLUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
TOUTES LES INDICATIONS DE LA THYROÏDINE
LE FLACON DE 80 TABLETTES DOSÉES A 0 Gr. 025, PRIX: 8 FRANCS
DOSE MOYENNE: 4 TABLETTES PAR JOUR OU 0 Gr. 10 DE THYRATOXINE
MONOGRAPHIE & ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY, (Seine)
Laboratoires autorisés par le Gouvernement pour la préparation des médicaments organiques.

tro-intestinaux, ni de troubles nerveux. L'examen radioscopique (décembre 1903) montrait un cœur globuleux avec débordement des cavités droites; l'aorte était un peu large.

Ao point de vue urinaire: polyurie, pas de sucre; pas d'urobiline: 4 gr. de chlorures, 0.50 de phosphates, 7 gr. d'urée en 24 heures. La diurèse moléculaire totale était de 2.804, la diurèse élaborée de 1.521, le $\frac{\Delta}{\delta}$ = 1.85; enfin l'épreuve de la glycosurie phloridzique était très positive: donc à ce moment la fonction glomérulaire semblait diminuée d'un tiers, mais avec une fonction épithéliale bien conservée.

Le malade demeurait dans cet état assez satisfaisant, sur le point de demander à quitter le service, où il ne prolongeait son séjour qu'en raison de la persistance de son albuminurie; l'appétit était bon, les forces conservées et l'on ne pouvait constater aucun signe d'intoxication.

Au début de janvier apparurent des phénomènes pulmonaires assez graves : dyspnée, râles de congestion, puis crachats hémoptoïques. En même temps, le visage devenait progressivement très pâle, et on constatait une tuméfaction dure du foie, en particulier du lobe gauche.

Le 13 janvier, apparaissait à la base du cœur un petit souffle mésosystolique, s'entendant jusqu'à l'appendice xiphoïde: la respiration prenait le type de Cheyne-Stokes; la base pulmonaire droite devenait mate, le foie augmentait encore de volume. Deux jours après, le malade délirait, voulait se lever sans cesse ; le bruit constaté à la base du cœur prenait assez nettement les caractères d'un frottement.

Le diagnostic d'urémie était très probable, mais cependant on se demandait en présence de la pâleur, du gros foie, s'il n'existait pas un néoplasme latent. Le toucher rectal était négatif, la réaction de Weber positive; on pensait donc à la possibilité d'un néoplasme gastrique. Ajoutons que la glycosurie phloridzique devenait négative.

Du 13 au 20 janvier, le malade reçut sous la peau cinq injections de sérum de veine rénale, qui amendèrent passagèrement son Cheyne-Stokes, et surtout son délire : mais les jugulaires étaient gonflées, et les urines rares, avec un disque très épais d'albumine, annonçaient la défaillance cardiaque.

Le 25 janvier, les signes restaient identiques avec toujours le frottement perçu à la base du cœur, la stase dans les cavités droites, l'oligurie, le Cheyne-Stokes: pas de fièvre ; toujours 21 de tension artérielle.

Le 26, la parotide droite se gonflait rapidement et devenait chaude, tendue et douloureuse.

Le 28, l'interne du service assistait à une hémorragie assez abondante par l'anus; le malade tombait dans un demi-coma et mourait le 29 janvier.

Autopsie :

Le cœur pèse 750 grammes; sur sa face antérieure, au niveau de la base et de la pointe du ventricule gauche, et près de la pointe du cœur sur sa face postérieure, on constate un dépôt granité peu adhérent, montrant l'existence d'une péricardite indiscutable ; le ventricule gauche est épaissi, le droit dilaté ; pas de lésions orificielles.

L'aorte est intacte jusqu'à la région abdominale; à ce niveau, sur une hauteur de 10 centimètres environ, elle est le siège d'un processus athéromateux intense.

Foie (1150 gr.), ficelé, montrant sur la coupe l'aspect du foie muscade type.

Les reins (105 gr. chaque) sont un peu petits avec quelques cicatrices; sur la coupe, aspect bigarré avec diminution considérable de la zone corticale, et développement intense de petits vaisseaux scléreux. La capsule est extrêmement adhérente, et au niveau des cicatrices anciennes on trouve un peu de pus, qui à l'examen bactériologique (cultures) contenait du staphylocoque pur.

La rate pèse 100 gr. et présente un aspect normal.

Le poumon gauche : 855 gr. est le siège de lésions congestion et de bronchite ; au sommet, épaississement pleural ancien.

Le poumon droit pèse 790 gr. ; à la base, petit épanchement pleural d'un litre environ ; congestion et bronchite diffuse avec au sommet, deux ou trois noyaux durs, caoutchoutés, de consistance fibreuse.

La parotide est le siège d'une suppuration diffuse.

Tube digestif : On constate sur l'œsophage une série d'exulcérations linéaires, superficielles, occupant toute la longueur du conduit.

L'estomac ne présente qu'un peu d'épaississement de la paroi, surtout au voisinage du pylore.

Dans le duodénum on voit, à sa partie toute initiale, quatre ulcérations assez profondes, allant de la dimension d'un pois à celle de un franc, à bords sinueux, non décollés, à fond granuleux, noirâtre. Le péritoine ne montre pas de réaction nette; le pancréas est normal.

L'intestin grêle est également normal, mais le gros intestin est rempli de sang noir (environ 1 litre).

Cette histoire mérite quelques brèves remarques:

Notre malade est un sujet âgé de près de 60 ans. Atteint d'une néphrite interstitielle, il est en pleine urémie quand se manifestent des altérations intestinales. Celles-ci provoquent un grand mélæna, qui précède de peu la mort. Tout cela est bien conforme à la description classique de la duodénite ulcéreuse urémique ou brightique, bien que cette complication puisse parfois survenir chez des sujets plus jeunes, affectés d'autres lésions rénales que la néphrite interstitielle, et indépendamment des signes de petite ou de grande urémie. Le mélæna, et le plus habituellement un mélæna grave, est le symptôme le plus apparent de cette complication, mais il est rarement noté. MM. Devic et Charvet ne l'ont trouvé que sur un seul des douze malades dont ils ont rassemblé les observations, et qui, atteints, de lésions rénales, ont offert à l'autopsie des altérations duodénales.

Chez notre malade la constatation d'hémorragies occultes dans les fèces, par la réaction de Weber, nous avait décelé, depuis plus de quinze jours déjà, l'existence d'un processus ulcéreux du tube digestif, quand apparut le mélæna évident, accident ultime. Nous pensons que la recherche de ces hémorragies occultes, chez les brightiques et les urémiques, permettra dorénavant de soupçonner plus souvent l'existence d'ulcérations duodénales, et parfois même de prévoir l'apparition d'une grande hémorragie.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous serons très brefs.

La duodénite ulcéreuse de notre observation présente une localisation bien classique. La première portion du duodénum est seule atteinte, ce qui s'observe dans 90 0/0 des cas de ce genre, comme l'ont remarqué MM. Devic et Charvet.

Les ulcérations multiples, très nettes, à bords un peu irréguliers, entament la sous-muqueuse. La muqueuse de la première portion du duodénum est épaissie, congestionnée ; il en est de même de la muqueuse pylorique, mais celle-ci ne présente pas d'ulcérations.

En somme, il s'agit d'une pyloro-duodénite avec ulcérations duodénales, c'est manifestement au niveau de celles-ci que l'hémorragie grave et ultime a pris naissance. Leur fond présente une teinte noire, indice d'un suintement sanguin récent, et d'autre part l'examen très minutieux de tout l'intestin ne révèle aucune autre altération. On ne saurait évidemment attribuer aux lésions de l'œsophage constatées chez notre malade (œsophagite avec nombreuses exulcérations), une part réelle dans la production des hémorragies évacuées par l'anus ou retrouvées sous forme de sang noir ou de caillots, à l'autopsie, dans la fin de l'iléon et le gros intestin.

La pathogénie de la duodénite ulcéreuse, observée chez les brightiques, et surtout les brightiques avec urémie, n'est point encore complètement élucidée. Elle est sans doute complexe et doit probablement varier suivant les cas. Chez notre malade nous relevons la collaboration d'un élément toxique et d'un élément infectieux: c'est au cours d'accidents urémiques qu'apparaît la complication intestinale, et d'autre part, existent en même temps des accidents d'ordre infectieux. La péricardite doit être rattachée très probablement à ce dernier mécanisme ; en tout cas la parotidite ultime est certainement l'expression d'une infection secondaire. Enfin nous trouvons à l'autopsie de petits abcès dans les reins, dont le pus donne des cultures pures de staphylocoque.

Nous relevons en outre chez notre malade l'existence d'altérations vasculaires, et nous ferons remarquer, en passant, que son aorte abdominale est très athéromateuse, alors que son aorte thoracique est restée souple.

L'affaiblissement du cœur, la congestion du poumon, la congestion hépatique ont été notées avant que nous ayons relevé la présence d'hémorragies occultes dans les fèces. Il est possible que la gêne de la circulation porte ait joué un rôle dans l'apparition ou, tout au moins, l'aggravation de l'entérorragie. Il est plausible également de penser que la défaillance du foie ait préparé et aggravé celle-ci.

Rien ne nous permet chez notre malade d'affirmer la raison ou les raisons de la localisation élective du processus inflammatoire et ulcéreux au niveau du duodénum. La coexistence de l'inflammation de la muqueuse pylorique n'a rien, en tout cas, qui doive surprendre, les affinités de structure et de réaction pathologique du pylore et du duodénum étant bien connues.

Le fait de la localisation élective d'une intoxication ou d'une infection sur tel ou tel segment du tube digestif est très classique en pathologie gastro-intestinale, et se trouve conforme aux expériences montrant l'élimination de tel ou tel toxique par un ou plusieurs segments déterminés de l'intestin. Mais la raison de ces éliminations électives reste encore mal connue.

En tout cas, pratiquement, il est très important de ne pas méconnaître le rôle possible des lésions rénales ou vasculaires dans le déterminisme des entérorragies. La notion de cette relation étiologique est surtout intéressante, ou le conçoit, chez les malades à brightisme un peu fruste et sans urémie, chez les sujets plus manifestement artério-scléreux que néphro-scléreux : dans ces conditions, en présence d'une hémorragie intestinale, on ne devra pas oublier l'existence possible de ces lésions ulcéreuses du tractus digestif, analogues à celles que nous venons de vous présenter.

**Le signe de Chopard permettant de constater chez la femme le commencement d'une grossesse, dès les premières semaines d'une conception** (*Concours médical*).

L'utérus reçoit six artères : deux y pénètrent par la partie supérieure : deux autres sont par la portion moyenne ; elles sont inabordables ; les deux dernières y pénètrent par la partie inférieure, à droite et à gauche, tout auprès de l'insertion du col au corps de l'utérus. Il est facile de les atteindre par l'exploration digitale.

En état de vacuité de l'utérus les battements de l'artère sont pour ainsi dire imperceptibles, mais il en est tout autrement si la grossesse a commencé son évolution.

Le sang semble éprouver de la résistance à sa pénétration dans l'utérus, l'artère se gonfle et on la sent très vivement battre, sous le doigt à chaque pulsation du cœur.

Entre bon nombre d'autres, voici deux observations où le signe que j'indique m'a permis de porter un diagnostic ferme, dans deux cas assez embarrassants.

1° Une femme de 23 ans, mariée, accompagnée d'une parente, se présente à mon cabinet pour que je lui dise l'époque précise de son accouchement. Depuis 4 semaines sa sage-femme lui affirme que ce sera pour les premiers jours de la semaine suivante, et la marraine qui l'accompagne veut repartir à la campagne : tout est prêt.

Elle consent à un examen indispensable. Elle n'a pas de règles. Je trouve la plupart des signes d'une grossesse avancée: elle prétend avoir senti remuer son enfant: c'est une brune à peau blanche: pas de masque, pigmentation très prononcée des aréoles et de la ligne blanche; pas de varices: rien à l'auscultation obstétricale : seins et ventre volumineux,mais très fermes; au toucher vaginal j'ai grand'peine à fixer l'utérus. Le col est très ferme; mais la complète absence du signe de Choquart me permet d'affirmer qu'il n'y a même pas commencement de la grossesse.

2e Observ. — Une demoiselle de 19 à 20 ans, blonde, accompagnée d'une vieille dame, vient à mon cabinet. Elle me dit arriver de Genève : son médecin l'a engagée à se rendre à Paris, pour se faire opérer. Il lui a parlé de kyste, de fibrome, de môle, de polype, de thrombus, de tumeurs.

Ne pouvant plus supporter son corset, elle s'est décidée à faire le voyage. Je lui dis la nécessité de l'examiner et elle s'y prête facilement. Elle me prie de l'examiner avec soin et de ne pas craindre de lui expliquer la gravité de son état. Elle voit ses règles régulièrement, mais moins abondantes qu'avant la tumeur.

Mon examen ne me laisse voir aucun des signes ordinaires d'une grossesse. Des seins de vierge sans mamelons, pas de pigmentation non plus qu'à la ligne blanche ; le ventre très ferme laisse à la palpation la sensation d'une tumeur au-dessus du pubis et facile à déplacer.

Voulant procéder à l'exploration digitale, je trouve un hymen intact, mais mou et très élastique qui permet facilement l'introduction du doigt. Je trouve un col ramolli, un utérus volumineux et surtout le signe de Choquart qui me permet de déclarer à la patiente que dans cinq mois au plus tard la tumeur qui la gêne sera tout naturellement opérée par un accouchement.

La demoiselle en colère me dit que certainement je me trompe, qu'elle est une honnête fille, d'une famille honorable et que jamais elle n'a eu aucune relation avec aucun homme. Je l'apaise par quelques bonnes paroles et je la prie de se rappeler ce qui a pu lui arriver depuis 4 ou 5 mois. Après quelques instants de réflexion elle me dit se souvenir que le lendemain d'une réunion de famille, où on avait très largement fêté une réussite de son frère, elle s'était, au matin, et à son grand étonnement réveillée seule, couchée, dans un lit qui avait été préparé pour un ami de son frère.

Alors s'adressant à la vieille dame qui l'accompagnait elle lui dit: « Je n'ai plus qu'une chose à faire : c'est de retourner de suite à Genève. »

**Pleurésies bloquées,** par MM. les Drs Ledoux et Vaissier. (*Rev. méd. de la Franche-Comté*).

L'histoire des pleurésies bloquées est commencée depuis peu de temps. Ces pleurésies qui, pour être vidées par la ponction, doivent être abordées par un dispositif spécial, ont fait l'objet de quelques publications seulement (1).

MM. Mosny et Stern viennent de rapporter deux observations de pleurésies bloquées ; nous en fournissons une troisième qui présente, pensons-nous, un certain intérêt.

Mais avant de rapporter notre observation, il nous faut dire en quoi consistent les pleurésies bloquées.

Tel malade présente manifestement les symptômes d'une pleurésie avec épanchement. On fait une ponction exploratrice qui — contre toute atteinte — reste blanche. Avec une nouvelle seringue et une nouvelle aiguille, d'un calibre plus fort, même insuccès. On pense donc avoir commis une erreur de diagnostic et l'on attribue les symptômes que l'on avait constatés à une splénopneumonie, à moins que la constatation d'un épanchement relevé à l'autopsie ne vienne complètement désorienter l'esprit du médecin qui ne peut s'expliquer comment le liquide n'a pu être retiré avec une aiguille et une seringue fonctionnant bien.

D'autres fois, l'aiguille exploratrice a pu ramener du liquide. Pour vider l'épanchement on se sert soit d'un aspirateur de Potain, soit de l'aspirateur de Dieulafoy. L'aiguille ou le trocart enfoncé, on aspire. Il vient quelques centicubes de liquide, puis tout d'un coup l'écoulement s'arrête et quoi qu'on fasse il est impossible d'obtenir à nouveau le liquide qui avait commencé de couler.

Dans le premier cas on avait à faire à une pleurésie totalement bloquée ; dans le second cas à une pleurésie partiellement bloquée.

Pour débloquer une pleurésie bloquée, rien de plus simple. Il suffit d'enfoncer à côté de l'aiguille d'aspiration, une autre aiguille qui s'ouvre à l'air extérieur de telle façon que l'air extérieur puisse entrer dans la poitrine par l'aiguille libre et remplacer le liquide qui est évacué par l'aiguille aspirante.

Le phénomène qui préside au blocage des pleurésies est le même que celui qui s'observe dans l'expérience suivante : « Une bouteille remplie d'eau et hermétiquement fermée est reliée à l'appareil de Potain. On a beau aspirer, le liquide ne bouge pas ». Le liquide viendrait si l'air extérieur, à mesure qu'on pompe, pouvait rentrer dans la bouteille.

Si, dans les pleurésies non bloquées, l'écoulement se fait par l'aiguille de ponction, c'est parce que les organes (poumon, médiastin) qui circonscrivent l'épanchement prennent la place du liquide aspiré. Mais si les parois de l'épanchement sont rigides et non rétractiles, l'écoulement ne se fera pas. Dans ce cas, pour que l'écoulement puisse s'opérer, il faut remplacer le liquide évacué par un gaz qui prendra sa place. MM. Mosny et Stern disent avec juste raison que « le blocage partiel on total de l'épanchement est fonction de la rigidité incomplète ou complète des parois de la cavité qui le contient ».

Le blocage se produit aussi bien dans les pleurésies aiguës, que dans les pleurésies chroniques. Dans les pleurésies aiguës, le blocage s'observerait surtout lorsque le poumon sousjacent à l'épanchement est atteint de splénisation.Cette splénisation empêcherait le poumon de se développer pour qu'il puisse reprendre la place du liquide aspiré.

Dans les pleurésies chroniques, l'épaississement et la sclérose transformeraient la plèvre « en une véritable coque indéformable », et, de plus, le poumon bridé souvent par des adhérences, ne pourrait plus se développer.

Pour évacuer une plenrésie bloquée — nous l'avons dit — il faut planter une aiguille libre à côté de l'aiguille de l'aspirateur. Par l'aiguille libre, l'air atmosphérique pourra entrer dans la poitrine et combler le vide causé par l'aspiration de l'épanchement. MM. Mosny et Stern ont imaginé un dispositif spécial permettant de ne planter qu'une seule aiguille dans la cavité pleurale et de remplacer le liquide évacué par de l'air stérile.

Les pleurésies bloquées ne doivent vraisemblablement pas être bien rares. L'un de nous pense avoir observé — outre le cas certain qui fait l'objet de ce travail — une pleurésie bloquée. Il s'agissait d'une femme entrée à l'hôpital avec tous les signes d'un énorme épanchement pleural gauche. Voulant nous assurer de la présence du liquide avant de pratiquer une ponction qui nous semblait urgente, en raison, surtout, de la déviation du cœur, nous fîmes trois ponctions exploratrices qui, toutes les trois furent négatives. A contre cœur, le diagnostic de spléno-pneumonie fut alors admis. Mais la malade mourait subitement le soir même du jour où l'on avait fait les ponctions exploratrices restées blanches. L'autopsie révéla un énorme épanchement de près de 4 litres.

Voici enfin le cas de pleurésie bloquée certaine que nous avons observée dernièrement. Il s'agissait de la malade dont l'observation a été rapportée par MM. Hyenne et Vaissier dans le n° 1 de ce journal 1909. Cette malade présentait un ostéo-chondro-fibrome du cou pesant 3 kil. 75 gr. et qui accusait avant l'opération d'inquiétantes crises de suffocation. Après l'ablation de cette volumineuse tumeur la malade ne fut pas complètement guérie. L'opération avait eu lieu le 2 octobre 1909. Or, vers le milieu de novembre on constatait de la fièvre et une matité absolue dans toute la hauteur du poumon droit. « A l'auscultation, absence complète du murmure vésiculaire, mais ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie, le foie n'est pas abaissé. Les signes physiques laissent hésiter le diagnostic entre la spléno-pneumonie et la pleurésie avec grand épanchement ».

Une ponction est faite en dedans du bord interne de l'omoplate. On retire la seringue pleine de liquide séro-fibromeux.

Le lendemain une ponction à l'aspirateur de Potain, dans le buitième espace intercostal est négative. Une deuxième ponction donne un verre de liquide sanguinolent.

Deux jours après, deux nouvelles ponctions sont faites sans résultat.

« Tous ces phénomènes présentés par M. R... sont difficiles à interpréter... Il semble cependant, ajoutaient MM. Hyenne et Vaissier, qu'il s'agit uniquement de spléno-pneumonie. »

La malade continuant à souffrir, à présenter des crises graves de suffocation, nons la revîmes dernièrement et nous eûmes l'idée qu'elle pouvait présenter une pleurésie bloquée.

Une ponction avec une aiguille exploratrice munie d'une seringue resta blanche. Mais en plantant à côté de l'aiguille d'aspiration une seconde aiguille nous pûmes obtenir quelque peu de liquide. La même opération fut reprise avec l'appareil de Potain, et, en effet, le liquide aspiré s'écoula, mais seulement lorsque la seconde aiguille libre fut plantée dans le même espace intercostal.

L'un de nous appliquait l'extrémité du doigt sur le canon de l'aiguille libre. Au bout de quelque temps le liquide ne s'écoulait plus dans la bouteille de l'appareil de Potain, mais, dès que l'air pouvait pénétrer dans la poitrine par l'aiguille libre, le liquide aspiré se mettait à couler. Nous pûmes ainsi retirer sans difficulté plus de trois quarts de litre de liquide citrin se coagulant difficilement.

Une seconde ponction fut négative parce qu'il n'existait plus de liquide intrapleural, l'aiguille libre ayant produit exactement en face du lieu de ponction une zone sonore de pneumo-thorax.

Quelques jours après ces opérations la malade

(1) Dufour. Existe-t-il des pleurésies avec épanchements qu'on ne peut pas ponctionner? (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1905).

Mosny et Harvier. Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse post-traumatique ; impossibilité d'évacuer l'épanchement (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp.*, 1907).

Mosny et Stern. Pleurésies bloquées (*Presse méd.*, n° 99).

succombait à la cachexie, et aux crises de suffocations qui avaient persisté malgré la soustraction du liquide opérée par nous.

**Le bruit de moulin dans les traumatismes thoraciques**, par le Dr TISSERAND (*Société de Médecine de Besançon*).

Le 8 janvier 1910, entrait à l'hôpital Saint-Jacques un jeune homme de 17 ans pour un violent traumatisme thoracique.

Le 6 janvier, donc l'avant-veille, il travaillait sur la voie ferrée et était monté sur un petit wagonnet servant au transport des instruments et matériaux. Il était assis à l'avant de ce wagonnet qui dévalait le long d'une pente assez rapide, lorsque à la suite d'un faux mouvement il perdit l'équilibre et tomba en avant du wagonnet dont il cala une des roues avant avec le côté gauche de son thorax. Immédiatement il ressentit une vive douleur au point blessé, et ent dès ce moment une assez grande peine à respirer. Ceci se passait vers deux heures de l'après-midi. Dans la soirée il eut un petit crachement de sang ; le lendemain matin un vomissement alimentaire.

Dans la nuit du 7 au 8 janvier le malade sentit son oppression augmenter et fut effrayé par l'apparition dans sa poitrine d'un gargouillement insolite. Le Dr Biétrix qui vit le blessé le 8 au matin constata les signes sthétoscopiques graves qui existaient du côté de son thorax et fut aussi frappé par un météorisme abdominal considérable.

Je vois le malade à 6 heures du soir à l'hôpital Saint-Jacques. Ce qui frappe chez lui tout d'abord c'est son faciès tiré, ses yeux excavés et surtout son air angoissé. Les mouvements respiratoires sont rapides, superficiels et paraissent s'accompagner d'une douleur assez vive. L'abdomen est fortement météorisé, la matité hépatique a complètement disparu. Arrêt complet des matières et des gaz mais pas de vomissements depuis le petit vomissement alimentaire survenu le lendemain de l'accident. En examinant l'abdomen je suis surpris d'entendre à distance une sorte de clapotis très intense qui semble se produire du côté du thorax. Et de fait, l'auscultation du coeur pratiquée dans la position couchée me révèle l'existence d'un bruit de moulin très net. Ce bruit, si intense qu'il est perçu par le malade lui-même et par les assistants qui entourent son lit, disparaît immédiatement dans la position assise et reparaît dès que le blessé reprend la position horizontale.

L'auscultation pulmonaire révèle l'existence d'un pneumothorax très net du côté gauche. La température axillaire est 38°4. Le pouls est faible, rapide (160).

En présence de la gravité des symptômes locaux et généraux, je me décide à intervenir. Après désinfection de la paroi à la teinture d'iode, une simple pleurotomie pratiquée dans le huitième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure donne issue à environ un litre de liquide séro-hématique avec quelques petits caillots. Immédiatement après l'évacuation de la collection, le bruit de moulin, qu'on n'avait cessé d'entendre à distance durant toute l'opération disparaît complètement. Drainage et pansement.

Pour lutter contre le météorisme abdominal je fais appliquer de la glace et introduire une sonde rectale.

Dans la nuit qui suivit l'opération la sœur chargée de veiller le malade entendit pendant environ une heure le bruit de moulin se reproduire puis disparaître spontanément. Le lendemain, état général un peu amélioré. Le malade a rendu quelques gaz et le météorisme abdominal a sensiblement diminué. A partir de ce moment amélioration progressive ; chute de la température, respiration plus facile.

Au huitième jour ablation des drains. Le malade se lève le quinzième jour et quitte l'hôpital le 3 février en excellent état.

Si j'ai cru bon, Messieurs, de vous rapporter cette observation c'est uniquement parce qu'elle peut, à mon avis, donner lieu à certaines considérations importantes au point de vue du diagnostic des plaies de poitrine.

Le bruit de moulin, si nettement perçu dans le cas que je vous rapporte, est encore dans l'esprit de beaucoup synonyme d'épanchement hydro-aérique du péricarde.

Signalé par Bricheteau puis par Morel-Lavallée en 1860, le bruit de moulin fut longtemps considéré comme pathognomique des blessures du péricarde. Il n'y a pas longtemps encore Delorme écrivait ceci à propos d'une observation d'Onbredanne : « M. Onbredanne insiste, dans son observation sur un signe qu'il aurait à l'auscultation, relevé chez son malade, sur un bruit de rouet, un roulement continu remplaçant des battements qu'il était impossible d'entendre.

Ce bruit est considéré comme un signe d'épanchement péricardique; or, chez son blessé, le péricarde ne contenait pas de liquide. Je ne crois pas, dit-il, ce fait connu. Pour ma part, je ne l'ai jamais vu signalé dans les observations d'hémothorax traumatique, même dans celles où l'examen du malade avait été pratiqué à la fois par un chirurgien et un médecin, et les cliniciens médicaux très compétents auxquels j'en ai parlé m'ont avoué ne l'avoir jamais entendu dans les épanchements de la plèvre. Il conviendra de le chercher à l'avenir. »

Quénu rapportait à son tour une observation dans laquelle le chirurgien de garde appelé dans son service avait diagnostiqué indûment une plaie péricardique en constatant un bruit de moulin.

Enfin récemment Leriche relatait un cas analogue : observant chez un blessé un bruit de moulin des plus nets il ouvrait le péricarde sans y trouver aucune lésion.

Pour beaucoup donc — et non des moindres on le voit ici — bruit de moulin égale blessure péricardique. Or cette interprétation est erronée, ainsi que Tillaux et après lui Reynier l'ont bien montré depuis déjà longtemps.

Tillaux en effet a décrit sous le nom de cavité pneumo-péricardique une cavité virtuelle comprise entre le péricarde et la face interne du poumon gauche : à la suite de certains traumatismes thoraciques il peut y avoir dans cet espace pneumo-péricardique production d'un épanchement hydro ou hémo-aérique; les mouvements cardiaques, brassant cet épanchent par l'intermédiaire du péricarde, détermineraient l'apparition du bruit de moulin.

Et de fait l'idée de Tillaux a reçu depuis la confirmation des faits dans nombre de cas; celui que nous vous rapportons aujourd'hui en est, croyons-nous, un bel exemple.

Il y aurait donc deux sortes de bruit de moulin : l'un intra-péricardique, l'autre extra-péricardique et l'on comprend l'importance qu'il y a à savoir les différencier l'un de l'autre ; des indications thérapeutiques très différentes doivent en effet en découler.

Or Reynier nous donne un signe distinctif bien net: quand l'épanchement hydro-aérique est seulement dans la cavité pneumo-péricardique le bruit de moulin, perçu nettement dans la position horizontale, disparaît ou tout au moins s'atténue dans la position assise ; dans l'épanchement péricardique les changements de position du malade sont sans influence sur la production du bruit de moulin.

De mon observation et de ces quelques notions, il emble donc que l'on puisse tirer la conclusion pratique suivante : quand l'auscultation d'un blessé du thorax relève un bruit de moulin il faut avoir soin d'ausculter le malade dans diverses positions ; les modifications survenant dans la production où l'intensité de ce signe du fait même de ces changements de position permettront de situer l'épanchement en dehors du péricarde. Une telle façon de faire évitera au chirurgien bien des hésitations et bien des tâtonnements et au malade une opération sinon grave du moins utile.

**Démence précoce post-traumatique à forme catatonique.** (*Soc. méd. des hôpit.*)

MM. Simonin et Benon apportent une nouvelle contribution à l'histoire des complications mentales prochaines et durables des traumatismes craniens. Chez un jeune homme de 24 ans, une fracture de la base du crâne fut tout d'abord suivie d'un coma de courte durée, puis d'un état confusionnel, d'agitation motrice avec excitation intellectuelle et fièvre vespérale jusqu'au sixième jour. Tout semblait devoir rentrer dans l'ordre quand, un mois après, surviennent des céphalées paroxystiques, de l'apathie, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, de l'inertie physique, de l'immobilité, de l'indifférence affective. Cet état asthétique est traversé, de temps à autre, par des colères brusques, des impulsions violentes. Enfin, on voit s'installer le tableau classique de la démence précoce à forme catatonique. Deux ans après l'accident, l'état est stationnaire. Le pronostic apparaît comme très grave au point de vue de la durée de l'affection. On doit se demander quel est le rôle exact du traumatisme dans l'apparition de ces accidents : est-il cause déterminante ou occasionnelle chez un sujet prédisposé ? Quoi qu'il en soit, au point de vue médico-légal, il s'agit bien là d'une psychose post-traumatique.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Le goitre exophtalmique.**

D'après le Dr Leclercq qui vient de publier un intéressant volume sur le diabète (Doin) la *tachycardie* est l'élément principal par lequel on peut juger de l'effet du traitement. Le salicylate de soude est le plus efficace des moyens thérapeutiques à employer. Or, si à titre d'essai et simplement associé au régime alimentaire, au repos physique et moral, il fait tomber le pouls de 120 à 70, c'est qu'on a affaire à un goitre fruste, transitoire et très accessible aux moyens thérapeutiques.

Mais si le pouls, de 120 ne tombe pas audessous de 80 ou 90, c'est qu'il s'agit d'un goitre de forme moyenne et plus difficile à traiter.

On peut alors diviser le traitement en quatre périodes :

Première période : prescrire pendant les cinq premiers jours le traitement suivant :

| | |
|---|---|
| Salicylate de soude....... | 10 grammes |
| Sirop de limon............ | 100 — |
| Eau distillée de tilleul..... | 50 — |

2 cuillerées à soupe par jour.

Deuxième période : repos de 5 jours.

Troisième période : instituer un traitement de fond que l'on peut varier comme suit et selon les indications :

ou :

| | |
|---|---|
| Bromhydrate de quinine... | 0g,50 centigr. |
| Extrait mou de quinquina. | 0g,20 centigr. |

Pour 2 cachets n° 20, 2 par jour.

ou :

| | |
|---|---|
| Antipyrine................ | 0g,50 centigr. |
| Bromure de sodium........ | 0g,50 centigr. |

Pour 1 paquet n° 20 à dissoudre, 2 par jour.

ou :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone....... | 5 milligr. |
| Extrait de valériane...... | 0g,10 centigr. |
| Extrait de jusquiame...... | 0g,10 centigr. |
| Poudre de belladone...... | Q. S. |

Pour 1 pilule n° 30, 3 par jour.

ou :

selon les formes de la maladie, opothérapie, qui consistera en poudre d'hypophyse de bœuf, 0.30

centigrammes par jour ; ou poudre d'ovaire desséchée, 0.50 centigrammes par jour, ou poudre de capsules surrénales, 0.50 centigrammes par jour. Cette période est de 10 jours.

Quatrième période, 10 jours de repos.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**A propos de la prophylaxie et du traitement de l'HÉRÉDO-SYPHILIS. Quatre fautes à ne pas commettre,** par le Professeur Alfred FOURNIER (Delagrave).

L'auteur s'exprime ainsi dans sa préface :

« Je viens plaider en faveur des pauvres êtres que menace un héritage de syphilis.

« Car j'estime et j'affirme même qu'on ne fait pas pour ces malheureux tout ce qui serait à faire, qu'on reste au-dessous des obligations qui seraient à remplir envers eux.

« Accusant, j'ai devoir de préciser, et je précise tout aussitôt en disant :

« Quatre fautes, à mon sens, sont commises à leur égard d'une façon courante :

« La première, celle-ci très spéciale et étrange, puisqu'elle est une faute commise envers des êtres qui n'existent pas encore,n'est autre que l'acte même de leur donner naissance.

« La seconde consiste en ceci; ne pas veiller à leur sauvegarde dès l'instant même où ils entrent dans l'existence.

« La troisième; ne pas les traiter en tant que syphilitiques, alors que leur état de syphilis (tout au moins probable) est attesté par les témoignages évidents de ce qu'on appelle les stigmates d'hérédo-syphilis.

« La quatrième · Ne pas les traiter de la même façon et aussi longtemps que l'on traite les malades affectés de la syphilis acquise. »

**Formulaire des Spécialités pharmaceutiques pour 1910,** par le Dr V. GARDETTE (Baillière).

Ce formulaire paraît pour la quatrième année, et il aura le même succès que les éditions précédentes. Le but de l'auteur a été d'essayer d'être utile à ses confrères en leur donnant sur les spécialités pharmaceutiques les plus usuelles les renseignements nécessaires pour leur permettre de les prescrire quand ils le désireront.

Nous avons en effet tous constaté que les notices qui nous signalent l'apparition d'une spécialité nouvelle ou nous rappellent une spécialité déjà ancienne sont bien souvent inutiles parce qu'elles ne nous donnent pas d'indications sur les composants et les doses de cette spécialité, et omettent même très souvent de nous dire sous quelle forme elle est présentée (granulé, sirop, solution ou pilule). Les brochures explicatives dont nous sommes inondés sont trop longues, trop diffuses, on ne les lit pas. Et puis au moment de prescrire une spécialité, si la mémoire fait défaut, le prospectus n'est pas juste à temps voulu sous la main pour la rafraîchir. Le succès rapide de ce petit livre a montré qu'il répondait à un véritable besoin.

La nouvelle édition de ce formulaire est divisée en trois parties.

Dans la première partie, les spécialités sont indiquées par ordre alphabétique. C'est dans cette première partie qu'on devra en chercher la composition et la dose.

La deuxième partie donne par ordre alphabétique le nom de chaque fabricant avec son adresse et l'indication de toutes les spécialités qui lui appartiennent.

La troisième partie reprend les spécialités dans leur ordre alphabétique et donne l'indication de leur fabricant dans une parenthèse qui figure après le titre de la spécialité, si le nom du fabricant n'est pas compris dans le libellé de ce titre.

**Les noms des fleurs** *trouvés par la* **Méthode simple**, sans *aucune* notion de botanique, par M. GASTON BONNIER, professeur de botanique à la Sorbonne, membre de l'Académie des Sciences, avec *372 photographies en couleurs* et 2 715 figures en noir. (Librairie Générale de l'Enseignement, 1, rue Dante)..

Peut-on trouver les noms des plantes sans savoir la botanique?

Non, répondra-t-on; c'est impossible. M. Gaston Bonnier répond : oui, rien n'est plus facile.

Et il le prouve en rédigeant ce nouvel ouvrage où, par la Méthode simple, sans se préoccuper de classification, sans rien connaître de l'organisation de la fleur, toute personne pourra déterminer les espèces de plantes répandues en France, ou même communes en Europe.

Il suffit de lire les questions successives qui sont posées, de choisir, la plante en main, celles qui conviennent; de numéro en numéro, on arrive, sans effort, au nom cherché.

On est aidé dans le choix des questions par de nombreuses figures et une dernière vérification est, en général, donnée par la photographie en couleurs qui représente la plante qu'on a cueillie. On est de plus renseigné sur ses applications agricoles, industrielles ou médicales, et dans ce dernier cas, on trouve s'il y a lieu l'indication des doses à employer, du danger que peut avoir l'usage de la plante, etc. Un signe spécial indique encore si c'est une espèce recherchée par les abeilles.

Grâce à la Méthode simple, ce n'est plus une étude de trouver le nom des fleurs cueillies dans les champs, dans les prés ou dans les bois, c'est plutôt, pourrait-on dire, un attrayant amusement, tant est rendue facile cette détermination.

La couleur et la forme générale des fleurs, la disposition des feuilles et leurs découpures plus ou moins profondes suffisent, avec quelques caractères très aisés à observer, pour distinguer de toutes les autres la plante qu'on a entre les mains.

« J'avais pensé, dit Ernest Bersot dans sa Lettre sur la Botanique, que pour reconnaître une fleur, il suffisait de connaître quelques gros caractères, bien visibles, bien tranchés, et toujours réunis; mais les savants se sont adressés à des caractères cachés et délicats, en sorte qu'on ne peut rien sans le scalpel et le microscope et sans avoir en même temps la fleur et le fruit, sans avoir suivi à peu près toute l'histoire de la plante. On se rebuterait à moins ! »

Ce sont précisément ces quelques gros caractères bien visibles, bien tranchés et toujours réunis, que M. Gaston Bonnier a réussi à grouper dans la Méthode simple pour permettre à tous de trouver sans peine les noms des fleurs.

**Les Albuminuries chroniques bénignes et leur traitement.** (*Consultations médicales françaises*, par le Dr J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. (A. Poinat.)

**Recherches sur le régime alimentaire dans les affections du rein,** par les Drs LINOSSIER et LEMOINE (tir. à part).

**Prothèse nasale,** par le Dr LAGARDE (tir. à part).

**Rachianesthésie,** par le Dr LE FILLIATRE (tir. à part).

**Un nouveau traitement du Tabes** avec quelques considérations sur la répercussion centrale des irritations périphériques, par le Dr H. JAWORSKI. (Maloine.)

L'auteur s'est efforcé d'être positif, n'avançant que pas à pas, n'affirmant que ce qui peut être prouvé et s'écartant le plus possible du domaine douteux de l'hypothèse.

Après avoir passé en revue tous les traitements classiques du Tabes, il expose la théorie et la méthode de traitements dont il avait assisté à une heureuse application à l'hospice de la Salpêtrière.

L'auteur rappelle ensuite les travaux de Jacquet, les expériences d'Egger, celles de Bonnier entre autres qui semblent justifier l'action de ce nouveau traitement. Celui-ci agit surtout par voix reflexe.

Enfin, l'auteur cite un grand nombre d'observations antérieures faites à l'étranger et une série d'observations personnelles, commencées à la Salpêtrière et continuées ensuite à sa clinique.

De ces conclusions, il résulte que ce nouveau traitement agit surtout sur les troubles de la sensibilité profonde mais qu'il possède aussi une action incontestable sur la maladie elle-même.

La guérison pratique s'est même produite dans un certain nombre de cas.

L'auteur croit aussi que l'application de cette méthode n'est pas exclusive au Tabes et qu'elle peut être étendue au traitement d'un certain nombre d'autres maladies.

## CARNET DU PRATICIEN

### Métrorragies

| | |
|---|---|
| Alcoolat de mélisse.......... | 3 grammes |
| Sirop d'écorces d'oranges am. | 60 — |
| Teint. d'hamamélis virginica. | L gouttes |
| — d'hydrastis canadensis | LXXV g. |
| Eau, q. s. p................ | 150 cc. |

1 cuill. à entremets 3 fois par jour.

### Paludisme hépatique

*I. — Traitement préventif ;*

1. *Hygiène générale.* Eviter les excès et la fatigue.

2. *Alimentation saine et simple,* lait, laitages.

3. *Eviter la piqûre des moustiques* (moustiquaires; protection dans les pays chauds par toiles métalliques aux fenêtres).

4. *Prescrire de la quinine.*

*a.* Chaque jour 0 gr. 10 à 0 gr. 25 de sulfate ou de chlorhydrate de quinine. Doses faibles.

ou :

*b.* Tous les 2 ou 3 jours prendre 0 gr. 30 à 0 gr. 50 (doses moyennes).

ou :

*c.* Tous les 7 jours de 0 gr. 60 à 1 gr. (doses fortes).

Le professeur Arnaud, de Marseille, conseille de faire prendre la quinine cinq ou six heures avant le début de l'accès, quel que soit le type qu'il affecte.

*II. — Traitement curatif.*

1. *Régime lacté absolu* et repos au lit.

2. Faire deux injections hypodermiques à un centimètre cube de :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate basique de quinine.................... | 3 grammes |
| Analgésine.................. | 2 — |
| Eau distillée bouillie........ | Q. S. p. 10 cc. |

(LAVERAN.)

3. *Relever les forces* et combattre le collapsus avec sinapisme, injection d'éther, donner toutes les heures 1 cuillerée à bouche de la potion :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque ...... | 10 grammes |
| Teinture de cannelle....... | 5 — |
| Extrait de quinquina....... | 2 — |
| Eau de mélisse............. | 120 — |
| Sirop d'écorces d'oranges amères.................... | 30 grammes |

Après la défervescence donner une nouvelle dose de quinine, puis continuer la quinine à petites doses par la voie gastrique. (AVIERINOS.)

### Convulsions des enfants

Prescrire la potion suivante (enfant de dix-huit mois) :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture éthérée de musc... | XX | gouttes |
| — de belladone...... | X | — |
| Eau de laurier-cerise...... | 3 | grammes |
| Sirop de fleur d'oranger.... | 20 | — |
| Eau de tilleul.............. | 100 | — |

5 à 6 cuillerées à café par jour.

On peut encore prescrire la teinture de musc en gouttes : V a X gouttes par jour. L'oxyde de zinc (1 à 2 centigrammes par jour ou par année d'âge); l'antipyrine (25 à 30 centigrammes) ont été utilisés. On peut associer les bromures à l'antipyrine et au chloral :

| | | |
|---|---|---|
| Bromure de potassium. .... | 2 | grammes |
| Antipyrine................. | 1 | — |
| Sirop d'éc. d'oranges amères | 125 | — |

5 à 6 cuillerées à café par jour à un enfant d'un an.

### Nervosisme

Calment surtout les phénomènes nerveux d'origine ovarienne.

| | |
|---|---|
| Camphre.................... | 0 gr. 50 |
| Castoreum en poudre.......... | 0 gr. 50 |
| Musc....................... | 0 gr. 50 |
| Valérianate de zinc et d'ammoniaque.................... | 0 gr. 50 |
| Extrait de chenopodium ambrosioides.................... | 1 gramme |
| Extrait de valériane.......... | 1 — |

F. s. a. 40 pilules. 2 à 4 par 24 heures.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En romain. — Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En romain souligné d'un trait. — Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexeville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur LUCIEN-GRAUX.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**A la Société d'hydrologie.**

Sont élus membres titulaires : le Dr Dubois (de Saujon) et Cany (de La Bourboule), le Dr Larauza (de Dax) est élu membre correspondant national; le professeur Zalesky (de St-Pétersbourg), et le Dr Wassertbal (de Carlsbad), membres correspondants étrangers.

**Exposition internationale de Bruxelles 1910.**

Des conférences sur les stations thermales et climatiques de France (avec projections) sont organisées par le comité de la classe III, sous le patronage de M. le commissaire général du Gouvernement français et de la Société d'Hydrologie médicale de Paris.

*Programme des conférences* : Samedi, 11 juin. — M. Huchard : Les maladies du cœur et les Eaux minérales.

Mercredi, 22 juin. — M. Gallard (de Biarritz) : Les eaux chlorurées sodiques françaises.

Mercredi, 29 juin. — M. Lalesque (d'Arcachon) : La cure marine des affections pulmonaires.

Lundi, 11 juillet. — M. Dubois (de Saujon) : Villégiatures médicales.

Jeudi, 31 juillet. — M. Moureu : Les récents progrès de l'Hydrologie.

Mercredi, 27 juillet. — M. Carron de la Carrière : De l'emploi des Eaux minérales françaises dans les maladies des voies respiratoires chez les enfants.

Lundi, 8 août. — M. le professeur Landouzy : La richesse thermale, climatique et marine de France, étudiée au point de vue de la thérapeutique, de l'Hygiène thérapeutique et de la Puériculture (Crénothérapie).

Jeudi, 18 août. — M. Jouaust : Traitement hydrominéral des affections gastro-intestinales.

Lundi, 29 août. — M. Zuccarelli (de Bastia); Stations climatiques et Eaux minérales de la Corse.

Lundi, 5 septembre. — M. Ferras (de Luchon) : Aperçu général des sources sulfurées des Pyrénées:

Lundi, 12 septembre. — M. Bories (du Cannet) · La Côte d'Azur : Caractères et indications de son climat.

Samedi, 17 septembre. — M. Léon Blanc (d'Aix-les-Bains) · Aix-les-Bains : Station thermale et climatique.

Lundi, 26 septembre. — M. Dedet (de Martigny) : Traitement de la goutte et de la gravelle par les eaux sulfatées calciques des Vosges.

Samedi, 1er octobre. — M. le professeur Robin : Influence du climat marin sur le traitement des tuberculoses.

Lundi, 3 octobre. — M. Durand-Fardel (de Vichy) : Vichy et sa clinique.

Samedi, 8 octobre. — M. Schlemmer (du Mont-Dore) : L'asthme et son traitement hydrominéral.

Lundi, 10 octobre. — M. Sénac-Lagrange (de Cauterets) : Problèmes biologiques soulevés et résolus par l'application des eaux sulfureuses de Cauterets.

Mercredi, 12 octobre. — M. Marcellin Cazaux (des Eaux-Bonnes) : La Source-Vieille des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). Composition, indications thérapeutiques.

# ÉCHOS

**Hôpital pour poissons.**

Il existe à New-York un magnifique aquarium. On vient d'y annexer un hôpital. On s'est aperçu, en effet, que les poissons, comme tous les êtres vivants, étaient sujets aux maladies, y compris la médecine.

Leur maladie la plus fréquente consiste en une éruption d'apparence spongieuse qui atteint surtout les brochets et les truites. Le mal, localisé d'abord en une tache, envahit peu à peu toute la surface du corps et devient alors mortel.

Les médecins assurent que l'on guérit la plupart des maladies chez les poissons d'eau douce en leur faisant prendre des bains de mer. La réciproque n'est pas vraie, du moins jusqu'à présent. Il n'apparaît pas que l'hôte des mers tire grand profit du bain d'eau douce.

**Voyage d'Etudes « E. M. I. 1910 ».**

Le voyage d'études « E. M. I. — 1910 » de l'Œuvre d'Enseignement médical complémentaire (*patronnée par le Gouvernement francais*) aura lieu du 1er au 20 août prochain en Belgique et Hollande, avec retour par le Luxembourg et l'Alsace. Concentration : Lille, Dislocation : Vittel. Itinéraire : Ostende, Middelkerque, Blankenberghe, Bruges, Gand, Bruxelles, Louvain, Anvers, Rotterdam, La Haye, Leyde, Amsterdam, Ile de Marken, Utrecht Liège, Spa, Borgoumont, Luxembourg, Strasbourg, Munster, La Schlucht, Gérardmer.

Ce voyage d'études, qui est le 7e organisé par cette association, présente un très vif intérêt scientifique, et nous ne saurions trop engager nos confrères qui n'en font pas encore partie à solliciter leur admission dans le groupement d'études qui a fait de ces missions à l'étranger l'un de ses principaux moyens d'action. Le comité organisateur a eu cette année l'idée heureuse de faire coïncider l'E. M. I. — 1910 avec le plein de l'Exposition Internationale de Bruxelles que les sociétaires de l'Œuvre auront toute opportunité de visiter pendant le séjour dans la capitale des Belges.

Le programme détaillé a paru dans le numéro du 25 février de l'*Enseignement médico-mutuel international*, qui contient aussi une étude savamment documentée, toute palpitante d'intérêt et d'actualité, et signée d'un de nos meilleurs maîtres de la Médecine militaire sur l'« Etat sanitaire de l'Armée française comparé à celui des armées étrangères ». Bureaux du journal : 12, rue François-Millet, Paris, XVIe (Envoi franco de ce numéro sur demande accompagnée de cinquantes centimes en timbres-poste.

**Association française de chirurgie, 23e Congrès français de chirugie (3-8 Octobre 1910).**

Le 23e Congrès de l'Association Française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 3 octobre 1910, sous la présidence de M. le Dr Henri Delagenière, correspondant national de l'Académie de médecine, chirurgien des hospices du Mans.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° Traitement chirurgical du goître exophtalmique; rapporteurs : MM. Delore, de Lyon; Lenormant, de Paris.

2° Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum, rapporteurs : MM. Pauchet, d'Amiens; Ricard, de Paris;

3° Résultats immédiats et éloignés des méthodes sanglantes de traitement des varices des membres inférieurs; rapporteurs : MM. Jeannel, de Toulouse; Mauclaire, de Paris.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le Dr Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (7e).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, schéma, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une Exposition d'instruments de Chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

**L'Internat et les femmes.**

Le dernier concours de l'A. P. nous a donné 6 femmes internes, 3 provisoires et 80 externes. Le féminisme est en progrès.

**Un pari de 10.000 francs relatif au paludisme.**

MM. Alcide et Roger Treille et Emile Legrain annoncent dans l'*Afrique médicale* qu'ils parient 10.000 francs « que quelque partisan que ce soit de ces « doctrines de Laveran » ne pourra leur transmettre la fièvre quarte par la piqûre de moustiques anophèles selon les données de la médecine officielle ».

# POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

## DEMANDES

**Pharmacien** n'exerçant plus, s'occupant depuis 5 ans du *lancement des spécialités*, bien introduit *près du corps médical*, accepterait de visiter les médecins pour une spécialité sérieuse. Peu exigeant. (2208)

**Docteur** reprendrait contre indemnité même élevée bon cabinet de consultations ou clinique. Seulement affaire ayant caractère medical sérieux. (2207)

**Jeune Docteur** désire reprendre aussitôt que possible à Paris clientèle bien assise de 12 à 15.000. (2206)

**Docteur** cherche poste à 2 heures maximum de Paris. Etre seul médecin sans faire la pharmacie. Recettes minimum 10.000. (2205)

**Docteur** désirerait trouver dans le Centre poste de 11 à 12.000 mais susceptible d'augmentation. De préférence chef-lieu de canton. (2204)

**Docteur** actif, références et 10 ans de pratique ferait remplacements. Fait la pharmacie. (2203)

**Etudiant sérieux** ayant références désire trouver remplacements à Paris, place d'assistant dans clinique, gardes, etc. (2202)

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 30.000 pour laquelle il paierait comptant l'indemnité qui lui serait demandée. (2201)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance ne nécessitant pas l'emploi d'un cheval ou d'une auto. (2200)

**Médecin-militaire retraité** cherche emploi quelconque où il y ait à développer beaucoup d'activité. Voyagerait. (2199)

**Docteur** cherche à reprendre affaire para-médicale ancienne, sérieuse, donnant de bons résultats. S'associerait. Dispose de capitaux. (2198)

**Docteur** reprendrait en banlieue à 1/2 heure maximum poste de 15 à 25.000. (2197)

**Chirurgien** installé en province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou encore cabinet de gynécologie et voies urinaires. (2196)

## OFFRES

**A 2 heures de Paris.** — Docteur céderait au prix de facture installation complète : électrothérapie, voies urinaires tuberculose. Recettes 25.000 en baisse par suite de très mauvais état de santé. Loyer 2.500. Petit hôtel. Urgent. (300)

**EURE.** — Pour cause de départ forcé Docteur céderait poste de 20.000. Indemnité à débattre. (291)

**ALGÉRIE.** — Docteur obligé de rentrer en France céderait bon cabinet dentaire. Recettes 28.000. Conditions exceptionnelles. (287)

**AISNE.** — A céder excellent poste sans frais. Seul médecin fait la pharmacie. Recettes 12.000. Indemnité à débattre avec faible comptant. (286)

**BRETAGNE.** — Cabinet de spécialiste électroth. à céder dans ville agréable. Recettes 15.000 en progression. On ferait bonnes conditions. Urgent. (285)

**PARIS.** — Pour raisons de santé Docteur céderait clientèle de 15 ans. Recettes 17.000. Loyer 1.500. Indemnité 13.000. Très urgent. (281)

**PARIS.** — Docteur désirant faire électrothérapie pourrait acquérir à de bonnes conditions Cabinet déjà ancien dans quartier central. (280)

**A 1 heure de Paris.** — Poste sérieux à céder. Seul médecin fait la pharmacie. Recettes 16 à 17.000. Indemnité à débattre. (278)

**CHER.** — Obligé d'habiter le Midi Docteur cherche à céder poste d'un rapport de 12.000. Fixes 2.000. Peu exigeant. (277)

**PARIS.** — Noyau de clientèle avec fixes serait cédé contre faible indemnité. Quartier agréable. Loyer 1.300. (272)

**MARNE.** — Petite ville. 5 Docteurs. Clientèle bien assise serait cédée pour cause de maladie grave. Recettes 12.000. Indemnité à debattre. (268)

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (252)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000. (257)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux et ancien de specialité. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. A céder pour indemnité à debattre. (256)

**CENTRE.** — A ceder. Etablissement ancien d'agents physiques. Bénéfices 20.000 fr. en 6 mois de saison. Indemnité 130.000 fr. à débattre. (243)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 16.000. Indemnité 9.000. (231)

81e Année (Série XIIIe) — N° 63 Le Numéro : 25 Centimes 1er Juillet 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale........ 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)
Hors concours, Membre du Jury *Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Une croix d'honneur bien méritée.**

Nous apprenons avec plaisir la nomination dans la Légion d'honneur du médecin-major Savidan qui a montré tant d'initiative et de courageuse endurance dans l'extraction des cadavres du *Pluviôse*.

**Les périodes d'instruction des étudiants.**

En raison du préjudice causé à des étudiants par l'obligation de répondre à une convocation pour une période d'instruction au moment d'un examen, d'un concours ou de l'ouverture d'un registre d'inscription, le ministre de la Guerre a signalé aux généraux commandant les corps d'armée l'intérêt qu'il y aurait à accueillir avec la plus grande bienveillance toutes les demandes de sursis formulées dans ces conditions, lorsque les étudiants justifieront de l'impossibilité de s'absenter, sans dommage grave pour leurs études, à l'époque primitivement fixée.

**Les exécutions capitales.**

Une proposition de loi adoptée par le Sénat relative à la suppression de la publicité des exécutions capitales a été transmise dernièrement au Palais-Bourbon.

D'après cette proposition, l'exécution se ferait au chef-lieu de la Cour d'assises, dans l'enceinte de la prison la plus voisine qui serait désignée sur un tableau préalablement dressé par un arrêté du ministre de l'Intérieur.

L'exécution aurait lieu en présence d'un délégué du préfet, d'un officier d'un ministère public, du greffier de la Cour d'assises, du directeur de la circonscription pénitentiaire, du médecin de la prison, du commandant de la gendarmerie, du commissaire central et du commissaire de police.

Seraient admis les ministres des divers cultes, les magistrats, les médecins légistes, les professeurs des Facultés et Écoles de médecine, les docteurs en médecine autorisés par le procureur général, le défenseur et les membres du Conseil de l'Ordre des avocats, les témoins qui auraient déposé en cour d'assises, les maires, adjoints, conseillers municipaux de la commune où le crime serait commis et de celle où l'exécution aurait lieu, enfin, les représentants de la presse politique et scientifique, au nombre de quarante au plus et sans que les journaux puissent être représentés par plus d'un rédacteur.

Le Sénat a adopté cette proposition de loi, après déclaration d'urgence, le 5 décembre 1898.

**Un grand peintre qui faillit être médecin.**

La *Presse* a pris l'interview suivant de Gabriel Ferrier :

« Mon père voulait faire de moi un médecin. En fils obéissant, je prix une inscription à la Faculté de médecine de Paris.

Mais, à côté de l'Ecole de médecine, il y avait une petite « *Ecole de dessin* » qui organisait de nombreux concours entre les jeunes artistes qui la fréquentaient.

Ayant toujours eu horreur du sang, ne pouvant supporter la vue des cadavres, je fréquentais bien plus assidûment la « *petite école* » que la grande.

Au bout d'un an, mon père voulut se renseigner sur mes progrès médicaux.

« Votre fils, lui fut-il répondu, mais il ne fait que dessiner... »

En effet, sur 37 concours organisés par l'Ecole de dessin, j'avais été 35 fois nommé...

Malgré ces appréhensions de la vie artistique, mon père céda devant mon entêtement... »

Et c'est tant mieux. De son aveu, Gabriel Ferrier aurait fait un piètre médecin, tandis qu'il est devenu un grand artiste.

**Un bras de 100.000 francs.**

Un ouvrier verrier habitant Jumet, traversait un passage à niveau, quand il fut tamponné par un train. Il eut le bras arraché. Ce verrier, qui gagnait jusqu'à 600 francs par mois, intenta un procès à l'Etat belge. Le tribunal de Charleroi alloua à la victime 105.084 francs.

Sur appel, la Cour de Bruxelles a confirmé ce jugement.

**Hygiène de la grossesse.**

L'administration de l'Assistance publique vient de faire afficher l'avis suivant :

« Certains états maladifs se rattachant à la grossesse et certaines complications de l'accouchement peuvent compromettre la santé de la femme et de l'enfant, lorsqu'ils ne sont pas reconnus et traités en temps utile.

« Il est recommandé à toute femme enceinte de se soumettre régulièrement, et sans attendre le terme de la grossesse, à l'examen du médecin ou de la sage-femme pour se tenir à l'abri d'accidents qu'elle n'est pas en mesure de prévoir par elle-même.

« L'administration générale de l'Assistance publique à Paris rappelle aux personnes indigentes et nécessiteuses que les consultations de ses maternités sont à leur libre disposition, alors même qu'elles n'ont pas l'intention d'accoucher à l'hôpital, et elle les engage à s'y adresser pour faire surveiller leur grossesse. »

**Une loterie de vingt millions.**

Le Sénat a envoyé à la Chambre des députés une proposition de loi ayant trait à l'autorisation d'une loterie au capital de vingt millions. Le produit de cette loterie est destiné à la création d'un sanatorium, qui recevrait les soldats convalescents de maladie grave ou de traumatisme, ainsi que les recrues récemment incorporées, dont la santé paraîtrait inquiétante ou menacée. Ce sanatorium serait créé sur un point du littoral de la Méditerranée, autant que possible sur un plateau peu élevé et boisé, à proximité d'une grande ligne ou de moyens de transport en commun.

Cette proposition de loi fut adoptée par le Sénat, après déclaration d'urgence, le 9 juillet 1908.

**Vestiaire des Hôpitaux.**

Récemment a eu lieu à la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, l'assemblée générale de l'Œuvre du Vestiaire des Hôpitaux. Cette œuvre, qui existe depuis cinq ans et a déjà rendu de grands services, notamment cette année au cours des inondations, vient d'être reconnue d'utilité publique.

**Les postes de désinfection.**

M. Defontaine, député, avait demandé par voie de question écrite, au président du Conseil, si les fonctions de conseiller général interdisent à un médecin, membre du Conseil d'hygiène, choisi par celui-ci comme délégué directeur d'un poste sanitaire de désinfection, d'occuper ce poste, et dans le cas de l'affirmative quel est le texte qui établit légalement l'incompatibilité.

Voici la réponse ministérielle :

« Le délégué de la commission sanitaire chargé par l'article 7 du décret du 10 juillet 1906 de diriger le service de désinfection, reçoit une rémunération fixée par le Conseil général ; or, l'article 10, paragraphe 1er, *in fine*, de la loi du 10 août 1871, déclare le mandat de conseiller général incompatible avec les fonctions de tous les agents salariés ou subventionnés sur les fonds départementaux. D'autre part, l'emploi de délégué d'une commission sanitaire, lequel n'est pas nécessairement attribué à un médecin, ne saurait être assimilé à l'emploi de médecin de l'assistance publique, qui, d'après la loi du 8 juillet 1901, et par dérogation au principe général posé par la loi de 1871, est compatible avec le mandat de conseiller général. »

## LES ACTES DÉLICTUEUX
COMMIS
## Par les Paralytiques généraux
SOUS L'INFLUENCE DE L'AFFAIBLISSEMENT DU SENS MORAL ANTÉRIEUR A L'APPARITION DE SYMPTOMES AVÉRÉS DE LA MALADIE

Par M. le Professeur GILBERT BALLET

C'est un fait bien connu et sur lequel ont insisté tous les auteurs que, d'ordinaire, chez le paralytique général, la personnalité morale se transforme et s'altère avant que se manifestent les troubles nets de l'intelligence. La mobilité de l'humeur, les alternatives d'abattement et d'activité exubérante, l'irritabilité du caractère, le découragement sans motif apparent, la satisfaction exagérée et non justifiée ont été maintes fois décrits. Des délits variés : exhibition des organes génitaux en public, abus de confiance, vols, sont fréquemment la conséquence de ces modifications du caractère. Si, de hasard, ils sont commis et que l'auteur soit soumis à une expertise médico-légale, il est habituellement facile, même en l'absence de signes physiques et de désordres intellectuels avérés, de rapporter les actes délictueux à leur véritable cause. L'enquête et l'interrogatoire décèlent des modifications assez nettes de la personnalité morale pour que la nature pathologique de ces modifications et du délit qui en a été la conséquence, soit aisée à mettre en évidence. Quand, en pareille occurence, une condamnation intervient, et la chose n'est pas très rare, c'est que les magistrats, non prévenus, ont négligé de faire appel au concours d'un médecin-légiste.

Ce qu'on sait moins et que je voudrais faire ressortir, dans cette note, c'est que, dans quelques cas, les changements du caractère peuvent temporairement se limiter à un affaiblissement du sens moral que révèle uniquement l'acte délictueux ; que cet acte délictueux est la seule manifestation pathologique appréciable ; que, par suite, même à l'expert, il peut apparaître comme un délit banal. Comme il n'y a pas encore d'affaiblissement intellectuel, le vol, s'il s'agit d'un vol, ne présente pas les caractères d'absurdité qu'affectent, d'habitude, ceux commis par les paralytiques ; comme, d'autre part, la perversion morale est réduite à son expression la plus simple, qu'elle ne s'est accompagnée encore d'aucun changement dans l'humeur, les allures, l'activité, la manière d'être, le médecin-légiste peut être fort embarrassé pour dépister la nature pathologique du délit ; il n'est, d'ailleurs, en pareille occurence, généralement pas consulté, ou s'il l'est, c'est moins parce que les magistrats ont soupçonné la maladie que par suite des circonstances particulières. La notion d'une syphilis antérieure remontant à quinze ou vingt ans, le contraste de l'acte reproché à l'inculpé avec sa conduite passée sont les seuls éléments qui peuvent porter l'expert à supposer la possibilité d'un délit pathologique.

M. J., âgé de soixante-cinq ans, a exercé, pendant 30 ans, la profession de notaire dans une ville de province. Il s'est retiré depuis cinq ans parce que ses occupations le fatiguaient et a vécu de ses rentes. Il a toujours joui d'une grande considération. Un jour, dans un magasin, il dérobe un marteau et un porte-monnaie. On l'arrête et on se livre à une perquisition chez lui, où on trouve divers menus objets que le directeur du magasin prétend lui avoir été dérobés, bien que M. J. soutienne les avoir antérieurement achetés et payés. Le vol se présente ici comme un vulgaire vol à l'étalage. M. J., pour s'excuser, n'invoque pas, d'ailleurs, l'impulsion irrésistible ; il ne sait pas pourquoi il a pris le porte-monnaie et le marteau ; il n'a pas eu conscience, dit-il, de son acte, qu'il a accompli machinalement. C'est le langage que tiennent d'ordinaire les voleurs qui ont coutume de pratiquer dans les grands magasins. M. J. va être poursuivi quand sa famille nous prie de l'examiner. Les anamnestiques ne permettent de rien découvrir au point de vue des modifications du caractère ; M. J. s'exprime bien, ne présente aucun trouble appréciable de l'intelligence ou de la mémoire, bien qu'il prétende avoir eu quelques lacunes que personne n'a remarquées, qu'un interrogatoire attentif ne nous permet pas de déceler et qui semblent invoquées pour les besoins de la cause. Mais, chez M. J., les réflexes rotuliens sont abolis, il y a des douleurs lancinantes, un léger Romberg, un peu d'incontinence d'urine, bref, des signes nets de tabes. Nous certifions, en conséquence, que M. J. est tabétique, que le tabes se compliquant assez souvent de lésions encéphaliques, il est possible que le délit commis par ce malade ait été la première manifestation d'une paralysie générale au début, encore bien que nous ne constations aucun signe positif, mental ou autre, de cette dernière affection. Notre hypothèse, ajoutons-nous, est d'autant plus vraisemblable que le vol commis par M. J. contraste étrangement avec sa conduite passée, droite et probe.

L'avenir a montré que nous étions dans le vrai. Mais si M. J... n'avait pas présenté de signes de lésions médullaires anciennes, ce qui eut pu être, nous n'eussions eu vraiment aucun élément positif pour asseoir sérieusement l'hypothèse d'un vol pathologique.

Mme X..., trente-cinq ans, nous est amenée par un ami à notre consultation de l'Hôtel-Dieu. Celui-ci nous raconte qu'elle a commis plusieurs vols dans divers magasins de son quartier. Il estime, vu le passé de la jeune femme, syphilitique ancienne, que celle-ci doit être malade, et il nous prie de l'examiner. Notre examen, minutieusement pratiqué, ne nous permet de découvrir aucune modification de l'intelligence, aucun changement du caractère. Il n'y a d'ailleurs aucun signe physique autorisant à supposer l'existence d'une paralysie générale, même au début. Mme X..., inculpée, est soumise à une expertise médico-légale sur l'insistance, près du juge d'instruction, de son ami, étudiant en médecine. Le Dr Ch. Vallon, chargé de cette expertise, après s'être renseigné sur la nature et les circonstances des vols, et avoir examiné la prévenue, ne constatant aucun indice qui l'autorise à considérer les vols commis comme pathologiques, est sur le point de déclarer que, rien n'autorisant à tenir Mme X... pour une malade, et que les délits commis par elle se présentant avec les caractères de délits vulgaires, il y a lieu de la déférer à la justice. Entre temps, tenant compte du fait que la coupable a eu la syphilis, nous obtenons qu'elle se soumette à l'épreuve de la ponction lombaire ; celle-ci révèle une lymphocytose abondante. Fort de ce renseignement, nous estimons qu'en dépit des apparences Mme X... pourrait bien être au début d'une paralysie générale, et nous demandons à M. le Dr Vallon de différer le dépôt de son rapport. Au bout de quelques semaines apparaissent des signes de tabes : abolition des réflexes, douleurs lancinantes des membres inférieurs ; plus tard, de la dépression, des modifications du caractère, qui viennent légitimer nos appréhensions du début. Nous avons vu évoluer, en effet, une paralysie générale avec de multiples rémissions, à laquelle le malade a succombé après plusieurs années. Si le rapport de M. le Dr Vallon avait été déposé son examen terminé, Mme X... eut été traduite en police correctionnelle et condamnée sur l'expertise d'un des médecins-légistes les plus compétents. Il a fallu, pour lui éviter cette triste aventure, un concours exceptionnel de circonstances ; la sollicitude éclairée d'un ami étudiant en médecine, la pratique de la ponction lombaire, la connivence de l'expert et la louable temporisation du juge d'instruction.

J'ai voulu montrer dans cette note que, dans quelques cas exceptionnels, la paralysie générale, cette maladie acquise, d'origine spécifique, qui n'a rien à faire avec le nervosisme ou les tares mentales héréditaires, peut se révéler par un ou plusieurs actes délictueux ; que ces actes délictueux peuvent être la première manifestation vraie de l'affection ; qu'ils peuvent avoir les caractères de l'acte délictueux le plus banalement et le plus réellement délictueux ; qu'aucune modification du caractère, aucun trouble de l'intelligence appréciable pour l'expert, ne permet d'en déceler la nature morbide, qui ne se révèle que plus tard ; que le contraste entre l'acte et la conduite passée du malade est le seul élément qui puisse faire songer à un délit pathologique possible. J'ajoute que cet élément acquerra une valeur particulière si les anamnestiques décèlent chez le délinquant l'existence d'une syphilis antérieure ancienne, dont la ponction lombaire sera d'ailleurs susceptible de démontrer l'action présente sur le système nerveux.

## LES
## Manifestations mentales au début de la Syphilis

Par M. Auguste MARIE
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif
et M. P. BEAUSSART

A côte des malades qui entrent dans les asiles à la période ultime de la syphilis, qui est la cause étiologique de leur affection mentale, malades qui composent en grande partie surtout la masse des paralytiques généraux et des tabétiques, il en est tout un groupe d'autres, moins nombreux toutefois, chez lesquels on constate, en même temps que des troubles mentaux tels qu'un accés confus d'agitation maniaque ou un état de pression mélancolique confinant plus ou

moins à la stupeur, l'évolution d'une syphilis de date récente, à la période secondaire ou le plus souvent secondo-tertiaire.

La majorité des auteurs, en face de ces faits indéniables de délires ou de troubles mentaux de diverses formes accompagnant l'évolution de la syphilis à ses premiers stades, ont dû admettre entre la psychose et l'infection une relation de cause à effet. Si pour quelques-uns d'entre eux cette relation est d'ordre moral seulement, pour les autres, aujourd'hui les plus nombreux, le délire est le produit direct de l'action toxique de l'infection à tréponèmes sur le système nerveux central. Cette action dans certains cas est d'autant plus facile à constater, qu'au syndrome mental se surajoutent des signes nets de méningite aiguë syphilitique.

Les psychoses toxi-infectieuses de la période secondaire ou secondo-tertiaire de la vérole étaient encore, il y a quelques années, les moins connues. Jacquin, dans sa thèse (1), a spécialement contribué à les mettre en lumière; et cependant leur fréquence n'est pas encore établie.

Ayant eu l'occasion d'en observer deux cas, nous avons voulu en rapporter brièvement les observations.

Obs. I. — R... J..., vingt-quatre ans, coiffeur, a été interné à Villejuif pour confusion mentale, hallucinations visuelles et auditives, visions terrifiantes, tentative de suicide ; il avait été trouvé errant sur la voie publique et avait été envoyé à l'Infirmerie spéciale. R... est un dégénéré et se livre à quelques excès de boisson.

A son arrivée à l'Asile, il est porteur d'une cicatrice indurée de chancre syphilitique; peu de jours après apparaissent de la roséole et des plaques muqueuses buccales. Il est soumis aussitôt à un traitement hydrargyrique intensif; la confusion mentale s'atténue en une quinzaine de jours et le malade peut sortir au bout d'un mois.

La ponction lombaire faite au début de la confusion montre un liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu, à teneur albumineuse moyenne, et contenant 20 à 30 lymphocytes par champ microscopique ; réaction de Wassermann négative (assez fortement positive avec le sérum).

Obs. II. — G... E..., 20 ans, modeleur, a été envoyé à Villejuif avec le certificat suivant : « Délire mélancolique avec hallucinations, mutisme, anxiété, refus d'aliments ». A son arrivée il est dans un état de confusion mentale accentuée; il se confine dans le mutisme, paraît avoir des hallucinations, refuse les aliments; fatigué, abattu, il reste alité et gâté. Trois jours après il commence à sortir de sa stupeur et à réagir. Le huitième jour l'amélioration est manifeste, il mange de bon appétit, réclame ses parents, leur écrit. Il raconte alors qu'étant entré à l'hôpital Cochin le 28 décembre au matin, il s'est trouvé aussitôt égaré, ne sachant plus ce qu'il faisait, souffrant de la tête, en proie à des hallucinations visuelles (soldats) et auditives (tambour, canon), refusant la nourriture par crainte d'empoisonnement. Conduit à Ste-Anne le 31 décembre, il ne se souvient plus de son passage à cet asile. G... n'a jamais été malade, il est bien constitué et ne fait jamais d'excès alcooliques.

Il a eu une blennorragie, il y a cinq mois, qu'il a mal soignée et qui est actuellement à peu près guérie. Vers le 15 septembre il a contracté la syphilis. Soigné à Cochin, on lui a fait trois piqûres de sel insoluble de mercure les 6, 13 et 20 décembre; il n'a jamais eu d'accidents secondaires. La ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu, à réaction albumineuse moyenne, contenant 35 à 40 lymphocytes par champ, 1 ou 2 mononucléaires; réaction de précipitation de Porgès négative.

Dans la première observation il s'agit d'un dégénéré, alcoolique qui a fait de la confusion mentale quelques jours avant l'apparition de la roséole. La résistance psychique du sujet déjà amoindrie s'est trouvée ébranlée par l'atteinte des toxines syphilitiques, décelées par une réaction de Wassermann assez forte. La réaction cytologique méningée coïncidant avec la roséole, d'après les idées admises, n'était d'aucune valeur.

Dans la deuxième observation, nous avons affaire à un sujet paraissant normal, sans tare héréditaire décelable, habituellement sobre, qui, trois mois après l'apparition d'un chancre syphilitique est atteint brusquement de confusion hallucinatoire et de dépression mélancolique. La ponction lombaire révèle un processus méningé latent. Dans les deux cas tout rentre dans l'ordre au bout d'une quinzaine de jours.

Quel est l'avenir réservé à de semblables malades ? D'après les auteurs qui ont étudié les psychoses syphilitiques, les rechutes sont possibles; quelquefois la guérison n'est que relative, car il peut subsister un état d'hébétude plus ou moins marqué; dans d'autres cas, les sujets peuvent verser à plus ou moins brève échéance dans la démence, soit simple, soit paralytique.

Nous avons ici réservé un cas qui semble bien démontrer ce dernier fait; en voici l'observation.

Obs. III. — F... G..., représentant de commerce, trente trois ans, a été envoyé à l'infirmerie spéciale à Sainte-Anne, le 25 janvier, avec le certificat suivant :

« Paralysie générale au début ; appoint alcoolique probable, affaiblissement de la mémoire, état de satisfaction, indifférence complète, inconscience, idées de richesses et de bonheur imaginaires, actes extravagants, arrêté plusieurs fois pour filouterie d'aliments. Accrocs de la parole, exagération des réflexes rotuliens, abolition des réflexes pupillaires. »

Le diagnostic de paralysie générale a été confirmé à Sainte-Anne et à Villejuif.

F..., d'après les renseignements que nous ont fournis son médecin et sa famille, a contracté la syphilis il y a douze ans pendant qu'il était en voyage. A son retour, venu chez sa sœur qu'il affectionnait beaucoup et pour qui il était très respectueux, il fut pris d'un accès d'agitation extrême, injuriant sa sœur, voulant l'obliger à vivre avec sa maîtresse, lui faisant signer des actes d'abandon d'argent, la menaçant du revolver : égaré, violent, il paraissait avoir des hallucinations, invectivant des personnages invisibles. Cet accès confus dura une quinzaine de jours ; le médecin traitant constata alors des accidents secondaires surtout buccaux. Après une période d'accalmie assez courte, un second accès de confusion hallucinatoire se produisit et eut une durée égale au précédent. Depuis F... mena une vie désordonnée. Il refusa de se laisser soigner. Il vécut pendant trois années avec la femme contaminatrice, puis deux années avec une autre. En 1904 il se maria et contamina aussitôt son épouse. Cette dernière dut subir un traitement mercuriel par piqûres pendant deux ans.

F... est un dégénéré. A quinze ans, il a eu une fièvre typhoïde suivie de carie costale pour laquelle il a été réformé. Ses parents sont morts tous deux alors qu'il était encore jeune.

Ponction lombaire : hypertension, liquide clair ; albumo-diagnostic positif ; cytologie = 10 à 20 lymphocytes par champ; séro-précipitation de Porgès positive.

Ce cas est instructif, puisqu'il nous montre un malade, dégénéré, ancien typhique, fils de tuberculeux, à résistance cérébrale amoindrie, frappé de syphilopsychose secondaire, et devenu plus tard paralytique général. Il serait intéressant de savoir ce que deviendront les sujets qui ont eu à souffrir de cette intoxication prématurée des cellules corticales ; finissent-ils nécessairement par l'affaiblissement démentiel ? Étant donné que les résultats fournis par l'examen cytologique méthodique des syphilitiques permettent actuellement de considérer la paralysie générale, le tabès comme des séquelles d'atteintes méningo-corticales et médullaires contemporaines des premiers stades de la syphilis, c'est une question qu'il est permis de se poser. En tous cas, il nous a paru intéressant de rapporter ces faits relatifs à l'atteinte précoce de l'encéphale par le tréponème pour les rapprocher des cas d'atteinte précoce de la moelle s'étant terminés par le tabès.

(1) Jacquin. *Thèse*, Lyon, 1899.

*INTÉRÊTS PROFESSIONNELS*

## Certificat pour Nourrissons suspects de Syphilis

On sait combien grande est la responsabilité du médecin qui choisit une nourrice; et combien aussi peut être engagée sa responsabilité quand il place en nourrice un nourrisson suspect de syphilis. Dans ce dernier cas, et en l'absence de signes certains, il peut se mettre à l'abri de toute réclamation en signant en double le type de certificat suivant, dû au Dr Ch. Leroux, chef du service des enfants au dispensaire Furtado-Heine :

« Je soussigné..., après avoir examiné séparément M. et Mme X..., après avoir obtenu d'eux l'affirmation formelle qu'ils n'ont jamais été atteints de syphilis, après avoir constaté qu'il n'existe chez eux aucun symptôme de syphilis à la date du..., non plus que d'autre maladie contagieuse, déclare que l'enfant issu des parents ci-dessus dénommés ne présente à la date du... aucun symptôme de syphilis ni d'autre maladie contagieuse.

« Déclare, en outre, que mon certificat n'engage en rien dans le cas où des symptômes ultérieurs de maladie contagieuse viendraient à se développer. Sous le bénéfice de cette réserve expresse, je certifie qu'à ce jour l'enfant peut être confié à une nourrice. »

Ce modèle permettra d'éviter à l'avenir toute réclamation (1).

(1) *Le Médecin praticien.*

# NOTE

SUR LES

# Injections digitaliques d'urgence

Par le Docteur BELBÈZE, de Nevers

Il est d'usage établi que le praticien emporte, dans sa trousse hypodermique d'urgence, quelques ampoules de caféine et quelques autres d'huile camphrée et d'éther. Pourquoi la digitale ne trouve-t-elle point sa placé dans la trousse hypodermique du médecin de la ville ou des champs ?

Il y a à cela plusieurs raisons :

1° Jusqu'ici, on n'avait pas sous la main de préparation commode de digitale injectable.

2° Les indications de la digitale ne paraissent pas rentrer au même titre que celles de la caféine et de l'huile camphrée, dans le cadre des indications d'urgence absolue.

3° Certains praticiens, ayant l'habitude de se servir de préparations magistrales de digitale, ne croient pas à l'efficacité aussi grande des préparations spécialisées, — surtout s'il s'agit de digitalines ou de digitoxines.

Nous allons voir quelle est la valeur de ces raisons, au double point de vue logique et expérimental, ou plutôt clinique.

*a)* La première raison est absolument justifiée; les diverses préparations digitaliques hypodermiques sont généralement :

1° Chères et encore difficiles à se procurer;

2° D'une extrême variabilité de composition et d'action. Nous n'entrerons pas ici dans leur énumération ; mais tout le monde connait l'huile digitalique injectable, la digitoxine soluble, le digipuratum de Knoll. Or, aucune de ces trois substances n'a la même action thérapeutique : et il est parfaitement permis au praticien, même en cas d'urgence, d'hésiter à les substituer à la digitale proprement dite, qu'il a l'habitude de manier, et dont il connaît parfaitement l'action.

*b)* La deuxième raison nous paraît avoir beaucoup moins de justesse.

*I Le Camphre.* — D'abord, est employé comme toni-cardiaque, sous forme d'huile camphrée au dixième en général. On s'en est servi également (1), et ceci est intéressant, comme antipneumonique, concurremment avec la digitale, sous forme d'injections hypodermiques. Il est indéniable qu'il agit avec rapidité et efficacité, mais :

*A)* Son action est éphémère et le praticien qui, comme nous, l'a expérimenté (chez les pneumoniques et surtout chez les bronchopneumoniques à cœur affaibli), constate la nécessité de l'administration de doses suffisantes à intervalles rapprochés. Il est donc certain qu'une piqûre d'huile camphrée ne relève que pour très peu de temps (quelquefois seulement deux ou trois heures) l'énergie d'un cœur qui a faibli, et que le praticien qui l'a pratiquée ne doit pas, sous aucun prétexte, s'en contenter

*B)* Son action n'est pas diurétique, et il est certain qu'il existe des cas où il importe de faire, d'urgence, de la diurèse, avant de stimuler artificiellement (en relevant non seulement l'intensité, mais le nombre des pulsations) un cœur affaibli. Dans ce cas, la caféine (et surtout la digitale) est préférable.

En résumé, les indications de choix de l'huile camphrée sont la syncope d'abord (la syncope pure, voulons-nous dire, chez un sujet non cardiaque); ensuite les cas de défaillance cardiaque, par surmenage du myocarde (pneumonie, broncho-pneumonie) avec cette expresse réserve que, l'action du médicament étant transitoire, il sera nécessaire de la compléter; soit en le continuant à doses rapprochées, ce qui n'est pas toujours commode), soit en s'aidant d'un autre médicament.

*II La caféine* agit, comme l'huile camphrée, très rapidement — mais d'une manière non moins fugace. Huchard la conseille (en tant que médicament permanent) à la dose de 2 grammes par jour — mais spécifie très justement qu'il est bon de l'administrer à doses rapprochées (0 gr. 15 centigr. par exemple, toutes les heures) (2). Bien avant l'huile camphrée, on en a préconisé l'usage systématique dans la pneumonie. Nous nous en sommes servis concurremment chez des pneumoniques, en l'employant suivant l'indispensable méthode des petites doses suffisamment rapprochées, et nous en avons eu des résultats inférieurs à ceux que nous donnait la digitale employée dans le même cas.

Mais si l'action de la caféine est éphémère, on peut réellement la considérer comme un diurétique d'urgence. Par malheur, l'effet diurétique persiste aussi peu que l'effet toni-cardiaque

*III.* L'éther est tout différent dans son mode d'action. La douleur provoquée par son injection sous-cutanée en fait un énergique stimulant, utile dans les syncopes. Il agit aussi vite et est remarquablement comme excitant nervin — mais il ne nous paraît nullement mériter la qualification de toni-cardiaque.

*La digitale agit-elle aussi vite,* aussi bien, aussi utilement que les médications ci-dessus *et a-t-elle les mêmes indications ?*

Disons d'abord que, dans la syncope vulgaire, elle ne peut prétendre à se substituer à l'éther; elle agit infiniment moins vite et n'agit que sur le cœur dont elle réveille les contractions par l'intermédiaire du système nerveux.

Ajoutons encore que l'huile camphrée est d'une extrême utilité pour stimuler l'énergie cardiaque, soit que l'on veuille soutenir un cœur qui faiblit, soit qu'on veuille remonter un cœur qui a faibli (après une syncope par exemple) et cela, tout aussi bien chez le sujet sain que chez le cardiaque.

Reconnaissons enfin que la caféine est précieuse dans tous les cas où il faut relever la contractibilité (et l'action ici est plus directement musculaire) d'un cœur, ou insuffisant et surmené du fait de son insuffisance, ou bien surmené simplement par le surcroît d'effort créé par une gêne circulatoire (spasme périsphérique, obstacle rénal, obstacle pulmonaire). La diurèse qu'elle provoque la rend plus utile encore que l'huile camphrée.

Et convenons, en manière de conclusion, que si la digitale ne peut, comme nous l'avons dit, remplacer l'éther, si elle agit un peu moins vite que l'huile camphrée, un peu moins vite aussi que la caféine, *il est des cas où il serait infiniment préférable de faire d'emblée une injection hypodermique digitalique, que de recourir à ces autres médications.*

Ce sont les cas où :

1° Le praticien a un peu de temps devant soi — ce cas est plus fréquent qu'on ne le suppose : *Le praticien ne se sert quelquefois dans ces cas de demi-urgence d'huile camphrée ou de caféine, que parce qu'il n'aurait pas le temps de se procurer assez rapidement (et c'est surtout vrai à la campagne) une préparation digitalique administrable* per os.

2° Il s'agit de cardiaques chez qui l'insuffisance rénale a atteint son maximum, et chez qui le cœur est affaibli à l'extrême; le rythme étant depuis longtemps embryo-cardiaque, et le bruit systolique affaibli. Dans ces cas, la caféine( qui a d'ailleurs peut-être été administrée déjà) ne fait pas toujours des merveilles, et ne semble accélérer le nombre des battements que pour épuiser plus vite le myocarde.

En dehors de ces cas, où non seulement on peut, mais on doit faire d'emblée l'injection sous-cutanée de digitale, il en est d'autres où l'injection d'éther, d'huile camphrée ou de caféine doit être suivie presque immédiatement de cette injection. Le médecin ne peut en effet, (surtout s'il ne peut revoir de quelques heures son malade), s'éloigner d'un cardiaque asystolique, d'un pulmonaire à cœur forcé, d'un typhique myocarditique et intoxiqué, ni surtout d'un cardio-rénal bien caractérisé sans être sûr d'avoir complètement (ou du moins aussi complètement que le permet la lésion) rétabli et ce, pour un temps suffisant, la circulation et la diurèse. Dans tous ces cas, l'injection digitalique complémentaire nous paraît s'imposer. L'expérience nous a d'ailleurs montré que, faite avec l'intrait de digitale, après une piqûre préalable d'huile camphrée, cette injection provoque :

1° Une augmentation immédiate de l'amplitude de la pulsation cardiaque.

2° Après une accélération fugace, une régularisation nette, sans ralentissement aucun, de rythme du cœur.

3° Au bout de deux ou trois heures environ, la diurèse.

*C)* La troisième raison (croyance à la moindre efficacité des préparations non magistrales) ne nous paraît plus avoir le droit d'entrer dans la balance, après la longue expérience faite de nombreux médicaments digitaliques spécialisés par les cliniciens et les expérimentateurs les plus autorisés. D'ailleurs, il faut bien que le praticien se rende compte qu'avec l'intrait, il est sûr d'administrer la digitale complète, la digitale intégrale, dans toute la complexité de sa composition intime et de son action thérapeutique.

Tout ce que nous venons de dire a d'ailleurs été cliniquement vérifié. Voici nos observations :

1° Femme de 65 ans. Antécédents : rhumatisme articulaire (suite de couches ?), à 32 ans. Depuis, essoufflements et palpitations à l'effort Première crise d'asystolie il y a huit mois. Un confrère traite la malade, qui résidait ailleurs, par l'infusion de digitale (0 gr. 50 pendant trois jours). Guérison à peu près complète de la crise : La malade reprend ses occupations. Pas de diagnostic exact posé (d'après les renseignements de la malade) sur la lésion orificielle.

2° Crise il y a trois mois : insuffisance mitrale et tricuspidienne. Œdème des jambes, œdème pulmonaire. Appelé au début de la crise, je prescris digitale (0 gr. 60 en infusion pendant 4 jours) et théobromine (1 gr. 50 par jour en un cachet). Amélioration passagère ; l'œdème pulmonaire rétrocède, ainsi que celui des membres inférieurs. Mais il persiste un certain degré de dyspnée (sans œdème) et une oligurie réelle (600 gr. par 24 heures — traces d'albumine). L'insuffisance tricuspidienne a disparu.

Depuis, état précaire. Après huit jours d'arrêt, la digitale reprise à faible dose ne donne rien, au moins en ce qui concerne la diurèse. La cachexie s'installe, progressive : Le problème thérapeutique se complique de l'impossibilité de supporter le lait. J'abandonne la digitale pour la caféine. Les œdèmes reparaissant, la tricuspide paraissant de nouveau « fuir ». Action transitoire sur le cœur, sur l'œdème; un peu de diurèse, mais persistance de la dyspnée, d'ordre sûrement toxique, qui ne cesse pas à la reprise de la théobromine.

Il y a dix jours enfin, je suis appelé d'urgence. Crise de suffocation complète : râles fins aux bases, pouls misérable. La terminaison fatale paraît imminente. Injection d'un centimètre cube d'huile camphrée au 1/10e suivie d'une autre injection de 0 gr. 025 d'intrait de digitale (le matin à 7 heures). Le soir, ventouses scarifiées dans le triangle de J. L. Petit, puis une saignée locale sérieuse.

Je quitte la malade une heure après l'injection. La pulsation cardiaque est suffisamment ample et nette, la respiration améliorée.

Vingt-quatre heures après, je la revois; elle a émis 1.100 gr. d'urine. Plus de râles aux bases, plus de dyspnée; je fais, de 24 heures en 24 heures, de nouvelles injections de l'intrait à 0.025 par cmc. Le souffle tricuspidien disparaît. Fait curieux : le lait est maintenant beaucoup mieux supporté.

J'ai continué, après trois jours de repos, à faire tous les deux jours une injection de 1 cmc. d'intrait à 0 gr. 01. La cachexie semble enrayée, grâce à l'alimentation meilleure. S'il n'y a plus d'œdèmes, il persiste cependant un peu de dyspnée dans la position horizontale. A noter que le foie (qui fut congestionné dans cette dernière crise) est encore un peu augmenté de volume. Je continue à suivre la malade.

L'amélioration, quel que soit l'avenir de la cardiaque, est suffisamment remarquable pour être notée ici. Il faut y constater surtout la parfaite efficacité de la piqûre d'huile camphrée complétée par l'injection digitalique.

3° Pneumonie aiguë, à caractères suffisamment nets pour que nous ne donnions pas, dans cette observation, le détail de sa séméiologie, — chez un homme de 40 ans, indemne de tares antérieures, mais suspect d'alcoolisme. Siège : lobe moyen du poumon droit. Hyperthermie, léger délire, de 5 heures, du soir, à 2 ou 3 heures du matin. Traitement, d'abord par la potion composée d'oxyde blanc d'antimoine, oxymel scillitique, teintures d'aunée, de lobélie et de jaborandi, sirop d'eucalyptus. Au septième jour, 40°5, augmentation du délire, pouls (qui était resté jusque-là excellent) petit, précipité, dyspnée; un peu de cyanose; appelé d'urgence, je pratique une injection d'intrait de digitale à 0 gr. 025 par cmc : les accidents sont conjurés ; la crise se fait deux jours après, d'une façon très normale, le malade est actuellement complètement guéri.

4° Cardiaque de 60 ans, — mitral non compensé, a eu déjà, le 15 février, une crise d'asystolie heureusement terminée, grâce à l'infusion de digitale et à la théobromine. On a depuis continué la digitaline à dose d'entretien

(1) SCHAEFFER, de Saint-Etienne (*Méd. Mod.* 1906, n° 12), regarde le camphre non seulement comme toni-cardiaque, mais surtout comme toni-nerveux.

(2) P. LE NOIR et JEAN CAMUS (*Journ. de Phys. et Path. gén.*, 15 janv. 1903, p. 117), ont employé à l'exemple de Claude et Balthazard, la cryoscopie, pour évaluer la diurèse moléculaire due, comparativement à la caféine, la digitaline et la théobromine. Ils ont constaté l'épuisement très rapide de l'action de la caféine et de la théobromine; quant à l'élimination de molécules élaborées (produits excrémentiels). Il est donc d'après eux, peu utile de prolonger leur emploi.

(1/10e de milligramme) comme le recommandent Hucbard et Fiessinger. Régime lacté mal suivi par le malade. Le 2 mai, écart de régime (vin, liqueurs), dans un repas de famille; à la suite duquel le lendemain je suis appelé pour dyspnée et oligurie marquée (5 à 600 gr. au plus par 24 heures). Le souffle mitral est affaibli; rien aux autres orifices; le pouls est accéléré, diminué d'amplitude, avec quelques intermittences vraies. Râles moyens aux deux bases. Je pratique une injection de caféine, par crainte de collapsus ; une heure après, je fais une deuxième injection, mais d'intrait de digitale, cette fois (1). Je prescris, bien entendu, un régime lacté rigoureux et je renouvelle pendant quatre jours cette injection (2). L'état général s'améliore, le pouls se ralentit et se relève, le souffle reparaît, une compensation suffisante s'établit. Actuellement (16 mai), le malade sort journellement et peut dormir à peu près allongé.

On voit, d'après ces observations, combien il peut être utile, parfois, d'avoir de la digitale « dans sa poche » et combien est pratique et efficace la forme pharmaceutique d'intrait en solution hypodermique. Elle doit trouver sa place dans la trousse, à côté de l'éther, de l'huile camphrée et de la caféine, et bien souvent à la place de la spartéine, qui y figure quelquefois sans mériter, à notre avis, cette place d'urgence — véritable place d'honneur pour un médicament.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Sur un procédé capable d'éviter les accidents d'anaphylaxie sérique.**

MM. P. Carnot et Gr. Slavu ont constaté que l'addition d'acide chlorhydrique, dans la proportion de 3,3 p. 1.000, à du sérum de cheval, suffit à éviter les accidents anaphylactiques : des cobayes, sensibilisés par une injection antérieure de 1/400 de centimètre cube de sérum de cheval non chauffé, supportent, après douze jours, en injection intraveineuse une dose de 1/20 de centimètre cube de ce même sérum traité par HCl, alors que tous les témoins succombent avec une dose moitié moindre de sérum non traité.

Le contact de l'acide, à cette dilution, n'a pas besoin d'être prolongé plus de dix minutes : il détermine une légère opalescence qui ne gêne en rien l'injection.

A cette dose, l'addition d'acide chlorhydrique ne modifie en rien les propriétés antitoxiques du sérum antitétanique.

On peut donc songer à appliquer pratiquement cette méthode et à éviter les accidents anaphylactiques par addition d'acide chlorydrique à 3.3 p. 1.000 sans modifier les propriétés thérapeutiques du sérum.

(*Soc. de Biol.*).

**Note sur les lois qui paraissent régir l'action générale des agents thérapeutiques toxiques.**

D'après M. Maurel pour chaque agent thérapeutique ou toxique, les éléments anatomiques se placent dans des ordres de sensibilité et de toxicité donnés, qui restent les mêmes dans la série des vertébrés.

En terminant, M. Maurel fait ressortir l'importance de cette proposition, notamment en ce qui concerne l'application à l'homme des faits observés sur les autres vertébrés.

(*Soc. de Biol.*).

**L'intoxication expérimentale par la toluylène-diamine.**

MM. Gilbert et Chabrol envisagent les rapports qui unissent l'hémolyse et la cholémie dans l'intoxication expérimentale par la toluylène-diamine.

Ces deux phénomènes ne se superposent pas dans le temps, la cholémie se poursuit sur une durée plus considérable que la fragilité globulaire, elle la précède légèrement et lui survit assez longuement. Cette indépendance apparente des deux processus marque-t-elle une indépendance véritable ? Les auteurs ne le pensent nullement et affirment que l'explication du phénomène réside dans la *théorie hépatogène* de l'ictère dû à la toluylène-diamine. Touché par le poison, le foie élabore et la bile et les sunstances hémolysantes (Joannovics et Pick) et les globules hémolysés sont utilisés par lui pour l'élaboration de la bile.

(*Soc. de Biol.*).

**Valeur de la réaction de fixation pour le diagnostic de la syphilis héréditaire.**

MM. R. Demanche et G. Détré ont recherché la réaction de fixation du complément avec le sérum de 76 enfants. Dans la syphilis héréditaire précoce en évolution la proportion des résultats positifs atteint 87.5 p. 100 et est comparable à celle que l'on obtient dans la syphilis acquise floride. La réaction peut être influencée dans le sens négatif par le traitement mercuriel; son intensité n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de l'infection. Dans la syphilis héréditaire tardive ou restée depuis longtemps latente, le séro-diagnostic est au contraire, fréquemment négatif (80 p. 100) de même que dans les syphilis torpides anciennes de l'adulte. Un résultat négatif ne permet donc pas d'éliminer la syphilis surtout chez un enfant âgé. Chez les sujets indemnes la réaction a été constamment négative, même chez ceux qui étaient atteints ou convalescents de scarlatine. Chez les enfants présentant des manifestations suspectes ou simplement dystrophiques, le séro-diagnostic a permis de reconnaître dans nombre de cas l'origine syphilitique des accidents. La réaction de fixation du complément peut donc être utilisée avec profit pour le diagnostic de la syphilis héréditaire.

(*Soc. de Biol.*).

**Action du sérum sanguin sur le virus de la poliomyélite.**

MM. Netter et Levaditi, dans trois nouveaux cas, recherchent l'action du sérum sanguin sur le virus de la poliomyélite. Ce virus mélangé avec la même quantité de sérum d'un enfant normal n'a nullement entravé le développement de la poliomyélite qui a fait son apparition le treizième jour et s'est bientôt généralisée amenant la mort le quinzième jour.

La première observation confirme simplement les quatre expériences de la première série. Elle montre que le sérum d'un sujet dont la paralysie infantile remonte à trois mois mélangé au virus de la poliomyélite neutralise ce dernier qui peut alors être inoculé au singe sans déterminer aucun trouble.

La deuxième expérience est faite avec le sérum d'un enfant dont la paralysie a débuté il y a onze ans. Ici la neutralisation n'est pas complète, il y a seulement atténuation car le singe inoculé présente une légère paralysie limitée. Le pouvoir immunisant conféré par une première atteinte n'est donc pas définitif et absolu. Il diminue avec le temps. On connaît d'ailleurs des exemples de poliomyélite aiguë de l'adulte survenant chez des sujets qui ont eu une paralysie de l'enfance.

La dernière expérience établit le pouvoir microbicide du sérum d'un enfant qui n'a jamais eu de paralysie mais qui a été malade pendant que son frère avait une paralysie infantile. Elle fournit donc la preuve matérielle de la nature des formes abortives ou frustes dont l'existence s'imposait aux épidémiologistes et aux cliniciens.

(*Soc. de Biol.*).

**Recherche et dosage des pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien des ictériques.**

MM. Mosny et Javal : On sait que le liquide céphalo-rachidien est fréquemment teinté en jaune chez les malades atteints d'ictère, mais ce qui manque dans toutes les observations de liquides céphalo-rachidiens jaunes, c'est la définition exacte de l'intensité de la teinte observée.

Les auteurs proposent comme point de comparaison une gamme étalon faite avec de la poudre de safran à un taux de dilution progressif de 1/10.000 à 1/400.000, qui correspond à des dilutions de bile de 1/200 à 1/8.000.

Si on fait la recherche des pigments biliaires par les procédés les plus délicats dans des solutions de bile ainsi titrées, on voit que cette recherche donne un résultat négatif à partir de la dilution de bile à 1/600, pour une prise d'essai de 10 centimètres cubes.

Il est très exceptionnel de ponctionner des liquides céphalo-rachidiens ayant une teinte plus accusée que cette dilution de bile à 1/600. C'est ce qui explique que la plupart des auteurs ont conclu à l'absence de pigments dans les liquides céphalo-rachidiens des ictériques, alors que ces liquides étaient nettement jaunes.

Ce résultat négatif ne démontre pas, à leur avis, l'absence de pigments : il prouve seulement que dans la plupart des cas ces pigments sont trop dilués pour être mis en évidence par les réactifs connus. (*Soc. de Biol.*).

**Les variations de la pression artérielle, critère d'entraînement physique.**

M. Pachon a poursuivi une série d'études systématiques sur les variations concomitantes des pressions artérielles maxima et minima au cours d'exercices physiques très divers. Chez l'individu non entraîné, les valeurs des pressions maxima et minima présentent, comparées à celles de l'état de repos, des écarts plus considérables et aussi un champ d'oscillation étendu pendant les divers temps de l'exercice ; le retour aux valeurs normales peut exiger un temps très long, plusieurs heures après la cessation de l'exercice. Chez l'individu entraîné, l'écart des pressions maxima et minima conserve une valeur beaucoup plus voisine de celle de l'état de repos ; le champ d'oscillations des deux pressions est faible, leurs valeurs de travail une fois atteintes restent souvent à un régime fixe pendant le temps de l'exercice, le retour aux valeurs normales est relativement très rapide. La sphygmomanométrie peut constituer un excellent critère pratique de l'état actuel d'entraînement d'un individu à un exercice déterminé.

(*Soc. de Biol.*).

## REVUE CLINIQUE

**Le Signe de Raïmiste (phénomène de la main),** par le Dr Bidon, médecin des hôpitaux (*Marseille médical*).

Priez un sujet normal d'appuyer son coude sur la table en tenant son avant-bras vertical, et vous verrez que, sans y penser, il tiendra sa main verticale ou en légère extension.

Priez-le de mettre son coude sur la table et de vous abandonner son membre supérieur, sans le contracter. Alors asseyez-vous devant lui, placez votre main gauche sous son avant-bras sans le comprimer et glissez votre main droite étendue sous sa main également étendue. Puis, en maintenant le même contact de vos doigts avec son avant-bras et sa main, relevez doucement le tout ; quand vous atteindrez la verticale, détournez son attention, en lui posant une question quelconque, et, à ce moment, sans déplacer celle de vos mains qui tient l'avant-bras, laissez glisser très doucement celle qui soutenait sa main. S'il ne s'est aperçu de rien, s'il ne réagit pas volontairement, vous verrez encore sa main rester comme tantôt dans la verticale ou en très légère extension.

Vous observerez encore le même fait en pra-

(1) A 0 gr. 025 cgr. par c. c.
(2) Mais à 0 gr. 01 cette fois.

tiquant cette expérience chez un individu en pleine narcose chloroformique, dans la paralysie névritique de tous les muscles de l'avant-bras, dans l'hémiplégie hystérique et même sur le cadavre tant que les muscles de la région en expérience resteront souples.

Cela tient à des conditions mécaniques déterminées par le jeu réciproque de la pesanteur et des dispositions topographiques de l'articulation radio-carpienne. Un élément physiologique intervient aussi : c'est l'égalité du tonus dans les muscles extenseurs et fléchisseurs de la main.

Dans l'hémiplégie organique d'origine cérébrale, le côté sain continue à se comporter de la même manière ; mais il n'en est plus ainsi du côté paralysé. Au moment où vous abandonnerez la main du malade, en glissant la vôtre de haut en bas le long de l'avant-bras, vous verrez la main paralysée tomber en flexion au fur et à mesure que vous la soutiendrez moins. Quand elle a pris sa position définitive, l'axe du second métacarpien rencontre celui de l'avant-bras, en formant avec lui un angle de 60° à 70°, ouvert en bas, ou, si vous le préférez, un angle de 110° à 120°, ouvert en haut.

Voilà ce qui se passe dans l'hémiplégie organique d'origine cérébrale, et cela dès le début du mal, car on le constate dès qu'on arrive auprès du malade (16 minutes seulement après l'ictus dans un cas). Et cette chute de la main abandonnée dure pendant toute la période de flaccidité : elle existe encore après le décès, au moins pendant la première demi-heure. Mais elle disparaît quand la flaccidité cesse : après la mort, quand survient la rigidité cadavérique; au moment du passage à la contracture chronique, quand la raideur se montre ; enfin en cas de guérison, la main reste de plus en plus longtemps verticale avant de tomber en flexion, et quand les muscles ont repris une vigueur suffisante, elle demeure définitivement en l'air comme à l'état normal.

Tel est le signe que J.-M. Raïmiste, chef au Service des Maladies nerveuses à l'hôpital juif d'Odessa, vient de décrire dans la *Revue Neurologique* du 30 novembre 1909, pages 1366 et 1370, sous le nom de *phénomène de la main*. C'est un symptôme qui s'est rencontré dans chacun des 50 cas d'hémiplégie par lésion cérébrale observés par l'auteur et dans tous les cas de ce genre (10) où je l'ai moi-même recherché. Il a, au contraire, manqué dans tous les faits d'hémiplégie hystérique (4 observations) de Raïmiste. C'est donc un élément de diagnostic extrêmement précieux, survenant dès le début du mal, avant même l'apparition des signes de Babinski. Mais il faut avoir bien soin, pour lui conserver toute sa valeur, de ne pas comprimer les muscles de l'avant-bras en le relevant : la compression des fléchisseurs ferait tomber la main des gens normaux ; la compression des extenseurs chez un hémiplégique empêcherait, au contraire, cette chute.

Pour en expliquer la pathogénie, notre confrère russe constate que même pendant le coma apoplectique, le tonus persiste du côté sain dans les extenseurs et les fléchisseurs de la main, en subissant, dans chacun de ces deux groupes, une diminution également proportionnelle à l'énergie de chacun (de 25 0/0 par exemple). Du côté hémiplégié, au contraire, le tonus diminue davantage dans les extenseurs (50 0/0 par exemple) que dans les fléchisseurs (30 0/0 par exemple). De plus, les fléchisseurs ne tardent pas à présenter une certaine hyperexcitabilité réflexe: aussi, quand, au moment de la guérison, la main se tient sur le prolongement de l'avant-bras, il suffit de saisir un doigt et de l'étendre un peu vers la face dorsale pour que la main, au lieu de se renverser en extension, tombe en flexion, attirée par la contraction des fléchisseurs.

Je ne suivrai pas l'auteur dans l'argumentation serrée dont il appuie sa thèse. Je me contenterai de citer un fait, qui me paraît contraire à sa théorie.

Au n° 14 de la salle Rémusat, est couché, en ce moment, un homme atteint depuis dix-huit mois d'une paralysie radiale saturnine classique. Sa main, qui pendait antrefois inerte quand il tenait son avant-bras horizontal, arrive, aujourd'hui, au prix d'un grand effort, à rester avec le carpe et le métacarpe allongés quand l'avant-bras est étendu horizontalement sans appui. Mais, dans cette position, les doigts tombent encore en flexion légère et ne peuvent être relevés, même jusqu'à l'horizontale seulement ; l'extension volontaire du carpe et du métacarpe sur l'avant-bras au-dessus de l'horizontale est tout aussi impossible. Quand la main tombe en flexion, la force de pression des doigts sur le dynamomètre est minime (8 kilos); au contraire, quand on relève artificiellement le poignet en extension sur la face dorsale de l'avant-bras et qu'on fait serrer le même dynamomètre, on obtient une force de pression bien plus grande (19 kilos). Il s'agit donc bien, là, d'une paralysie classique des extenseurs de la main, en amélioration, il est vrai, mais encore avec abolition des réflexes tendineux des extenseurs. Les muscles fléchisseurs, au contraire, sont respectés et leur action l'emporte de beaucoup sur celle des extenseurs antagonistes. Eh bien ! quand on soumet ce malade à l'épreuve de Raïmiste, la main conserve la position verticale. Ce n'est donc pas la prépondérance physiologique des fléchisseurs sur les extenseurs qui amène dans la paralysie organique cérébrale la chute de la main en flexion sur la face antérieure de l'avant-bras, puisque, ici, le signe de Raïmiste fait défaut malgré l'intégrité des fléchisseurs et la parésie des extenseurs.

Mais, quelle que soit l'explication de ce signe, sa valeur empirique n'en est pas moins grande : je ne l'ai vu manquer dans aucune des paralysies par lésion cérébrale que j'ai pu observer depuis la publication de Raïmiste. La facilité de sa recherche, la netteté du symptôme, sa précocité extrême et sa constance doivent le faire prendre en sérieuse considération ; si des observations répétées et sérieusement faites établissent bien qu'il manque toujours dans les paralysies fonctionnelles, comme l'affirme l'auteur, sa constatation rendra les plus grands services dans les premiers moments de l'impotence motrice, alors qu'il est si important de faire un diagnostic exact pour établir un pronostic précis et une thérapeutique adéquate à la nature du mal.

**Néphrite tuberculeuse terminée par urémie éclamptique,** par MM. Thiroloix et Jacob. (*Soc. méd. des hôpit.*)

Alice P..., âgée de vingt-huit ans, est apportée le 21 janvier 1910, salle Trousseau dans le coma. Les renseignements recueillis auprès de sa mère, de son mari, sont les suivants : fille unique de parents encore vivants et bien portants, elle a eu une enfance normale. Vers dix-sept ans, sa santé s'altère et apparaissent au niveau du cou et du creux sus-claviculaire gauche des ganglions d'un volume considérable dont plusieurs suppurèrent, comme en témoignent deux petites cicatrices déprimées. Malgré cela, la malade avait recouvré la santé, en apparence du moins ; à vingt-et-un ans, elle se marie. Elle a deux grossesses dont l'évolution est normale, sans vomissements, mais toutes deux se terminent par intervention obstétricale, version la première fois, application de forceps la seconde. Les deux enfants sont bien portants. L'examen des urines pratiqué pendant les grossesses ne décela jamais la présence d'albumine. En dehors des légers troubles (anémie, adénopathies cervicales) que nous avons mentionnés vers l'âge de dix-huit ans, Alice P... n'a fait aucune maladie. Elle n'a pas eu la scarlatine; pas d'angine, pas d'otite; rien ne permet de penser à l'existence de syphilis et, dans les jours qui ont précédé l'apparition des accidents, elle n'a pas subi de refroidissement brusque.

Les premiers accidents qu'a présentés la malade remontent à huit mois. On voit survenir à ce moment de la pâleur, la perte des forces et en même temps des œdèmes fugaces de la face, des paupières. Un médecin consulté, considérant probablement (les cicatrices ganglionnaires justifiaient ses craintes) ce syndrome comme l'expression d'une germination bacillaire, conseilla la suralimentation carnée. Au bout de six mois, apparaissent des urines noirâtres qui attirent l'attention du mari, mais auxquelles on n'attache pas autrement d'importance. Le régime n'en est pas modifié.

C'est vers le 15 décembre que commencent les accidents urémiques. C'est d'abord une céphalée extrêmement pénible, puis des vomissements et de la diarrhée. La nuit, la malade était torturée par des crampes dans les mollets et dans les cuisses. La diminution de quantité des urines frappe l'entourage.

Le 31 décembre 1909, dans la nuit, la malade fait une première attaque éclamptique. Elle a deux attaques dans la journée du 1er janvier, huit le 2. Entre les attaques, la malade reste sans connaissance ; les urines, rares jusque-là, se suppriment complètement.

Le 3, au matin, la malade est amenée à l'hôpital dans le coma. Du sang s'écoule en abondance de la bouche, provenant d'une large morsure de la langue. Alice P... est une femme grande, bien musclée, plutôt grasse ; elle est pâle, les pupilles sont étroites. Elle ne présente pas d'œdème de la face ni des extrémités, mais la région lombo-sacrée est infiltrée et le doigt y imprime un godet persistant. La résolution musculaire est complète.

Des deux côtés, le réflexe plantaire se fait avec extension de l'orteil. La respiration est fréquente, régulière, sans Cheyne-Stokes ; le pouls petit, fréquent, sans hypertension. Il n'y a pas de bruit de galop. L'auscultation des poumons fait percevoir dans toute leur étendue des râles fins d'œdème pulmonaire.

En dehors des deux cicatrices déprimées qu'on remarque au niveau du creux sus-claviculaire gauche, traces d'adénites bacillaires suppurées mais guéries, on ne trouve aucune adénopathie ancienne ou en évolution dans les aisselles, les aines, les régions carotidiennes.

L'anurie est absolue. Un cathétérisme permet de retirer de la vessie 50 grammes d'urine bouillon sale, fumeuse, contenant une grande quantité d'albumine. La ponction lombaire donne un liquide normal.

La température, qui était de 38 degrés le jour de l'entrée, atteignait 39 degrés le lendemain et, le 5 janvier, la malade mourait sans avoir présenté de nouvelle crise éclamptique.

A l'autopsie, on trouve des reins *tuméfiés*, allongés, de consistance molle, blanchâtres, pesant 200 grammes.

A la coupe, on voit les pyramides violacées, contrastant avec la substance corticale qui est blanche, décolorée, avec piqueté rougeâtre, constitué par les glomérules. La capsule se détache facilement et le rein apparaît constellé de petites étoiles veineuses. Pas de sclérose.

Les capsules surrénales sont normales. Les ganglions du médiastin forment une masse volumineuse. Plusieurs sont nettement caséeux au niveau du hile du foie et autour de la tête pancréatique.

Les ganglions du hile rénal et du mésentère sont intacts.

La rate est légèrement tuméfiée (210 grammes), molle.

Le foie est un peu augmenté de volume, 1.750 grammes, mais sans modifications morphologiques.

Les sommets pulmonaires sont irréguliers, dé-

primés par places, présentant à la coupe des traînées conjonctives irrégulières. Au sommet droit, on trouve un petit tubercule crétifié.

Le reste des poumons est œdématié et présente des foyers d'apoplexie.

Le cœur est intact, sans hypertrophie ventriculaire gauche.

Les organes du petit bassin, vessie, utérus, ovaires, trompes, son intacts.

Les méninges sont intactes ; il n'y a pas d'œdème cérébral. La coupe du cerveau montre seulement un piqueté hémorragique sur toute la substance blanche du centre ovale.

L'examen histologique du rein montre, disséminés dans la substance corticale et columnaire, de très nombreux amas lymphocytaires, nodules infectieux souvent arrondis, mais sans cellules géantes ni cellules épithélioïdes.

Par places, à côté de tubes contournés à peu près normaux, se montrent des tubes altérés très dilatés, à cellules troubles, granuleuses, avec noyaux mal colorés et lumière remplie de débris homogènes. Les tubes altérés sont en groupes de six ou sept, juxtaposés, entourés de tubes à peu près sains.

Les glomérules sont quelquefois intacts ; la plupart ont leur capsule fortement épaissie. Quelques-uns sont complètement atrophiés et fibreux.

En somme, on se trouve en présence d'une néphrite diffuse épithéliale, interstitielle et diapédétique. Les altérations constatées sont en tous points comparables à celles décrites dans l'observation de MM. Jousset et Troisier (*Société médicale des Hôpitaux*, 16 novembre 1906).

Nous avons recherché également la dégénérescence amyloïde et n'en avons trouvé sur aucun point.

Plusieurs coupes ont été traitées par la méthode de Ziehl sans qu'on y puisse trouver de bacille de Kock.

Les sommets pulmonaires se montrent sur la coupe parcourus de nombreuses travées conjonctives au milieu desquelles on trouve des follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes.

Le foie ne présente aucune altération notable.

Un cobaye n'a pas été tuberculisé par un petit fragment de rein inséré sous la peau.

Il semble bien, malgré tout, qu'il faille rattacher à la tuberculose les lésions rénales constatées; puisqu'en dehors de cette tuberculose en évolution depuis l'âge de dix-huit ans (époque du début des adénopathies cervicales) on ne trouve aucune infection susceptible de les expliquer. D'ailleurs, le peu d'intensité des phénomènes cliniques qu'a présentés la malade pendant les huit mois qui ont précédé l'apparition des accidents urémiques ((œdèmes fugaces et hématuries) plaide encore en faveur de la tuberculose.

Si tel doit être le diagnostic à porter, la terminaison brusque par éclampsie est intéressante à signaler. MM. Landouzy et Bernard, dans les observations qu'ils ont rapportées, ne notent, comme accidents urémiques au cours des néphrites tuberculeuses, que de la céphalée, de la dyspnée, des phénomènes gastro-intestinaux (1). Caben, Teisaier insistent sur la rareté chez les tuberculeux de l'urémie nerveuse, cette dernière, lorsqu'elle existe, prenant seulement la forme délire ou coma. Et Teissier, pour expliquer l'absence de phénomènes convulsifs au cours des néphrites tuberculeuses, invoque la conservation de la perméabilité rénale, la prédisposition créée par la tuberculose aux manifestations pulmonaires et digestives, le rôle hypotenseur des poisons tuberculeux, la déminéralisation en sels de potasse.

Il ne fait exception que pour les cas où la néphrite atrophique s'associe à la tuberculose et pour ceux où existent des localisations méningées ; or, notre néphrite était une néphrite subaiguë et les altérations méningées faisaient défaut, comme l'ont montré la ponction lombaire et les constatations nécropsiques.

(1) En résumé, c'est le résultat négatif de l'enquête étiologique qui nous a amenés à mettre l'étiquette *tuberculose* sur cette néphrite.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**La dyspnée des tuberculeux**, par M. le Dr Albert Robin (Hôpital Beaujon, *Journal des Pratic.*).

Dans la dyspnée du tuberculeux, il convient de connaître les palliatifs qui soulagent et les conditions morbides qui les réclament.

Enumérons d'abord les palliatifs. Ils sont nombreux, mais le médecin doit pouvoir ordonner des médicaments divers. L'impatience du malade les exige.

Ce sont l'*oxycamphre* (solution alcool à 50 0/0) V à XX gouttes par dose dans un peu d'eau sucrée, à répéter plusieurs fois si nécessaire (5 à 10 fois).

Le *validol* (valérianate de menthol) X gouttes sur un morceau de sucre, à répéter plusieurs fois.

La *liqueur ammoniacale anisée* (V à X gouttes par dose, et 4 fois au-dessus dans les 24 heures) dans un peu d'eau sucrée.

L'*éther sulfurique* inférieur à l'*éther acétique*; ce dernier s'ordonne à la dose de XXX gouttes en potion de 120 grammes. A prendre par cuillerées à dessert.

Le *carbonate d'ammoniaque* qui est prescrit dans la vieille potion de Van Swieten.

| | | |
|---|---|---|
| Carbonate d'ammoniaque. | 5 | grammes |
| Sirop diacode........ | 50 | — |
| Eau distillée............ | 250 | — |

Par cuillerées à dessert toutes les 10 minutes.

L'*élixir parégorique* : XXX gouttes 5 à 6 fois par jour dans un peu d'eau.

Le *chlorhydrate d'héroïne* : injections hypodermiques de 3 à 5 milligrammes, 2 à 3 fois par jour.

La *teinture d'euphorbia pilulifera*: X gouttes dans un peu d'eau. XL gouttes par jour.

La *teinture d'euphorbia peplus* : X à XX gouttes à la fois. IV gouttes à 3 grammes par jour.

Ajoutons l'*iodure d'éthyle* en inhalations, les *inhalations d'oxygène*, les *enveloppements froids du thorax* entourés de taffetas gommé.

Les dyspnées se verront opposer l'un ou l'autre de ces palliatifs au hasard des conditions morbides en jeu.

De plus, des traitements spéciaux viseront chaque cause de dyspnée. Des inhalations émollientes et chaudes calmeront la dyspnée de la *phtisie laryngée*, laquelle est du reste exceptionnelle. Une ponction soulagera la dyspnée de la *pleurésie* ou de l'*hémothorax*. L'*adénopathie trachéo-bronchique* verra sa dyspnée et sa toux coqueluchoïde céder sous l'effet de la révulsion et des arsenicaux à haute dose: 5 à 10 milligrammes d'acide arsénieux par 24 heures ; des anti-spasmodiques tels que l'orthoformiate d'éthyle : XXX à XL gouttes seront prescrites en même temps. Contre la *phtisie asthmatique* réussit l'iodure de potassium associé au bicarbonate de soude.

| | | |
|---|---|---|
| Iodure de potassium...... | 10 à 15 gr. | |
| Bicarbonate de soude...... | 30 | grammes |
| Eau distillée.............. | 300 | — |

2 cuillerées à potage par jour au moment des repas.

Des suppositoires avec 0 gr. 10 de poudre d'opium seront utilisés pour la nuit. La *bronchite aiguë chez les tuberculeux* se trouvera bien de l'ipéca sous forme de poudre de Dower :

| | |
|---|---|
| Poudre de Dower.......... | 0 gr. 40 |

P. 1 cachet. — A prendre au coucher.

Ou :

| | |
|---|---|
| Baume de tolu.......... | 0 gramme 05 |
| Poudre de Dower....... | — |
| Gomme adragante....... | — |

P. 1 pastille: — 5 à 10 dans les 24 heures.

On peut encore prescrire l'oxyde blanc d'antimoine à hautes doses :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde blanc d'antimoine... | 4 | grammes |
| Looch blanc............ | 150 | — |

A prendre par cuillerées dans les 24 heures.

En cas de sécrétion filante et adhérente, ipéca en manière de vomitif:

| | |
|---|---|
| Ipéca pulvérisé.......... | 1 gr. 50 |

En 3 paquets. — Un paquet tous les quarts d'heure dans un peu d'eau tiède jusqu'à vomissements.

Dans la *phtisie aiguë granulique*, la dyspnée peut faire défaut ou apparaître tardive. De là révulsion sous forme de larges vésicatoires sur le thorax permettra une respiration meilleure. Peu de ressources dans la *phtisie aiguë suffocante* avec cyanose ; dans un cas, M. Robin a obtenu un léger soulagement avec une injection rectale de sérum de Marmorek. Un autre malade a été soulagé par des émissions sanguines (ventouses scarifiées); un troisième par des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine : 3 milligrammes.

La *tuberculose compliquée de broncho-pneumonie* accepte les cachets de pyramidon (0 gr. 30) suivis un quart d'heure après d'un cachet de quinine (chlorhydrate de quinine, 0 gr. 60). On peut injecter tous les jours des ferments métalliques (10 cc.). La dyspnée diminue, la tuberculose n'est point modifiée. La *pneumonie caséeuse* résiste à toutes les médications: La révulsion, le sérum de Marmorek semblent parfois amener de la sédation. On est mieux armé contre les *poussées congestives dans la tuberculose pulmonaire*:

| | |
|---|---|
| Poudre de feuilles de digitale. | 0 gr. 05 |
| — d'ipéca .......... | 0 gr. 05 |
| — de scille.......... | 0 gr. 05 |

P. 1 pilule. — 2 à 4 dans les 24 heures, 5 à 6 jours de suite.

Des ventouses scarifiées seront en plus appliquées au niveau des points congestifs.

La dyspnée peut provenir de la tuberculose, d'autres organes ou de causes extra-thoraciques : *péritonite tuberculeuse* (dyspnée calmée par une compression méthodique du ventre, laquelle diminue la douleur) ; *méningite tuberculeuse bulbaire* où la dyspnée peut atteindre 90 respirations par minute.

Les *dyspnées névropathiques*, fonction de l'émotivité du sujet se trouveront bien du repos au lit et des sédatifs nerveux.

| | | |
|---|---|---|
| Bromure de potassium..... | 10 | grammes |
| Eau de laurier-cerise...... | 10 | — |
| Sirop d'éther.......... | 30 | — |
| Hydrolat valériane...... | 120 | — |

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Les *dyspnées douloureuses* sont dues à la pleurodynie, à une arthrite chondro-costale, costo-vertébrale ou à une névralgie intercostale.

Contre la pleurodynie cachets :

| | | |
|---|---|---|
| Pyramidon.............. | 30 | centigr. |
| Aspirine.............. | 50 | — |
| Salipyrine............ | 40 | — |
| Caféine.............. | 5 | — |

Pour 1 cachet. — 2 par jour.

Si nécessaire, en plus une injection locale de 3 à 4 milligr. de morphine.

Contre l'arthrite chondro-costale ou costo-vertébrale, immobilisation du thorax.

Contre les névralgies intercostales : injections quotidiennes sous-cutanées aux points douloureux, de glycérophosphate de soude (0 gr. 25) ou une pilule de Méglin :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc............ | 10 | centigr. |
| Extrait de jusquiame....... | 1 | — |
| Extrait de valériane...... | 10 | — |

Pour 1 pilule.

Aux *dyspnées d'origine stomacale* sera opposée la médication antidyspeptique requise. Dans l'hypersthénie gastrique :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine.... | 0 gr. 02 |
| Eau distillée ............... | 100 grammes |

2 à 3 cuillerées à café avant les repas.

En cas de manque d'appétit avec pesanteurs : X à XV gouttes de teinture de noix vomique avant le repas.

S'il existe de l'aérophagie: VIII gouttes de teinture de fèves de Saint-Ignace, après les repas, dans une cuillerée d'eau.

Les *dyspnées cardiaques* dépendent d'une péricardite, d'une myocardite, ou d'une insuffisance tricuspidienne, cette dernière observée dans les phtisies fibreuses. Le traitement est causal.

## REVUE DE GYNECOLOGIE

**Traitement médical de l'annexite aiguë,** par M. le Dr Robert Dupont, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique adjoint à la Faculté. (*La Clinique*).

L'auteur examine dans cet intéressant article le traitement de l'annexite aiguë.

Il montre d'abord comment traiter la douleur.

La malade sera mise au repos complet, c'est-à-dire qu'on lui ordonnera non seulement de rester au lit, mais encore de ne se lever sous aucun prétexte. Elle gardera la position horizontale, couchée sur le dos ; si cette position est trop fatigante, on lui permettra de se placer sur le côté, mais avec l'aide d'une autre personne, car tout effort doit être supprimé.

On appliquera sur le ventre une ou plusieurs vessies de *glace* ; il faut que tout le bas-ventre soit recouvert. Si l'on n'a à sa disposition que de petites vessies, on en placera trois : une au milieu et les deux autres sur les côtés, au niveau des fosses iliaques. La glace doit être appliquée directement et non pas attachée à un cerceau, comme on le voit souvent. On aura soin d'interposer entre les vessies et la peau une ou deux épaisseurs de flanelle. Ce traitement à la glace a besoin d'être surveillé de très près ; en effet, il arrive quelquefois que la flanelle, trop épaisse, empêche le refroidissement de se réaliser ; ou, à l'opposé, que la peau, trop refroidie, s'escarrifie ; une malade, mise à la glace, doit être vue deux fois par jour. Les sachets de glace enlevés, la main appuyée sur le ventre doit avoir une sensation de froid, mais la peau ne doit pas être rouge intense ; s'il en est ainsi, et *a fortiori*, s'il existe une teinte violacée, il faut supprimer la glace et frictionner légèrement la région avec la pulpe des doigts. On ne reprendra le traitement que lorsque la peau sera redevenue tout à fait normale.

Pour empêcher les vessies de glisser, on fera bien de placer, de chaque côté du ventre, une gros rouleau d'ouate ; les deux rouleaux et la glace seront maintenus en place par un bandage de corps peu serré.

Il est tout à fait exceptionnel que les malades ne supportent pas la glace ; bien qu'aucun moyen ne puisse remplacer celui-là comme efficacité, on sera alors obligé de recourir aux compresses ou aux cataplasmes.

Les serviettes trempées dans l'eau très chaude, essorées ensuite, et placées sur le ventre, calmeront bien la douleur. Il est bon de les recouvrir d'un imperméable ou d'une couche de coton non hydrophile pour conserver la chaleur.

Les cataplasmes de farine de lin, d'une confection plus difficile, rempliront le même but.

Compresses et cataplasmes pourront être imbibés de V à XV gouttes de laudanum de Sydenham, dont l'action calmante sera leur effet.

Des compresses d'alcool rendront aussi des services.

Signalons, enfin, d'autres révulsifs, dont l'emploi ne sera pas à dédaigner : les ventouses scarifiés ou non, les sangsues, la teinture d'iode.

Il faut avoir à sa disposition un grand nombre de moyens thérapeutiques, car il s'agit d'une maladie souvent très longue et la malade appellera d'elle-même un changement de traitement.

Si les douleurs sont très vives, on pourra combiner, avec l'emploi des moyens ci-dessus énumérés, les lavements et les suppositoires calmants.

Un lavement laudanisé se prescrit de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Laudanum.............. | XV gouttes |
| Antipyrine.............. | 1 gramme |
| Jaune d'œuf.............. | N° 1 |
| Eau.............. | 150 grammes |

Il faut avoir soin, avant de faire prendre ce lavement, qui sera gardé, de donner un grand lavement évacuateur.

Certains malades ont de la répugnance pour les lavements ; de plus, l'administration d'un lavement laudanisé n'est pas toujours facile, car la malade peut ne pas pouvoir le garder.

Prescrire alors des suppositoires selon la formule :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone... | 0gr,05 centigrammes |
| Cocaine.............. | 0gr,25 — |
| Beurre de cacao....... | 5 grammes |

pour un suppositoire.

(On en placera deux par jour.)

Il est exceptionnel qu'en combinant ces divers moyens, surtout par un traitement prolongé à la glace, on ne calme pas les douleurs en enrayant les progrès de l'affection. On y aidera encore par un traitement local.

*Traitement local.* — Des injections vaginales seront prises deux fois par jour avec au moins deux litres d'eau bouillie. Elles seront faites dans la position couchée, et sous faible pression ; le bock étant placé à 50 centimètres au-dessus du plan du lit.

Une cannule à double courant sera préférée à toute autre. Ces injections, ou mieux ces douches vaginales, seront données avec de l'eau tiède à 35 ou 40 degrés. Nous repoussons absolument, en cas d'annexite aiguë, l'emploi de l'eau très chaude. L'action de celle-ci est momentanée ; de plus, elle détermine une vasoconstriction énergique bien vite suivie d'un effet inverse, et elle provoque des contractions rythmiques de l'utérus (Max-Runge). Elles réveillent donc la douleur au lieu de la calmer.

Nous croyons que pendant cette période l'emploi des ovules n'est pas indiqué.

*Traitement général.* — Il faudra veiller au bon fonctionnement de l'intestin ; certains chirurgiens (Reclus) conseillent des irrigations rectales chaudes pour combattre la congestion des organes pelviens. Nous pensons que les injections vaginales suffisent dans les cas d'annexite, mais nous n'en conseillons pas moins les lavages d'intestin qui luttent contre la constipation et la parésie si fréquentes au cours des longs séjours au lit. On conseillera deux lavages par semaine, lavages faits à l'eau bouillie à l'aide de la longue sonde rectale de Nélaton.

Dans ces cas graves, avec profonde atteinte de l'état général, fièvre élevée et pouls rapide, on pourra recourir à l'emploi du sérum artificiel. On fera journellement une injection sous-cutanée dans 300 grammes de sérum tiède. On prescrira pour la même cause l'alcool, le champagne et si, le pouls est faible, dépressible, des associations de strychnine et spartéine (spartéine, 0 gr. 05 centigrammes ; strychnine, 0 gr. 001 milligr.), qu'on pourra incorporer au sérum ou donner séparément par voie hypodermique.

Enfin, les frictions ou injections intra-veineuses d'électrargol ou de collargol trouveront là des indications très nettes comme dans toutes les infections.

L'alimentation sera variable selon la gravité du cas. En règle générale, il ne faut pas trop abuser du régime lacté. Le lait entraîne de la constipation, il est souvent mal supporté et les malades s'en fatiguent vite. En tout cas, il est bon de ne pas le donner pur, mais de le couper de moitié ou même des trois quarts d'eau, d'eau de Vichy de préférence. *Dans les cas graves*, on nous conseillons l'emploi de l'alcool ou du champagne, *il faut proscrire tout à fait le lait* ; associé à ces toniques il produit sur l'estomac des effets désastreux. Dans ces cas, toute alimentation sera suspendue ; on ne donnera que de l'eau d'Alet, d'Evian ou de Vichy, des todds et du champagne coupé d'eau. Les injections salines suffiront à assurer la ration journalière nécessaire à l'organisme. Mais, dès que l'état s'améliore, il ne faut pas maintenir la diète.

*Durée du traitement.* — La durée de ce traitement est variable. Certaines annexites cèdent en quelques jours au repos et à la glace ; ce sont en général celles qui sont traitées tout au début. D'autres, au contraire, sont très rebelles et durent des semaines. Il faut le savoir et ne pas hésiter à maintenir le traitement pendant longtemps. Certaines, très améliorées, ont soudain une poussée nouvelle. Pour éviter cela, il est bon de prolonger le traitement à la glace quelques jours après la cessation des accidents. La glace sera supprimée la première, les injections seront continuées. On ne permettra le lever qu'environ huit jours après la cessation de la glace et seulement s'il n'existe aucune douleur à la pression et au toucher.

Pour nous résumer, disons que la première chose à faire en présence d'une malade atteinte d'annexite aiguë c'est d'ordonner le repos au lit et des injections tièdes ; on fera bien de donner soi-même la première. On placera *soi-même* sur le ventre des vessies de glace et on attendra. Bien souvent, la malade sera très soulagée au bout de douze heures de ce traitement ; s'il n'en est pas ainsi, on aura recours aux lavements ou aux suppositoires. Si la glace est mal tolérée (ce qui est absolument exceptionnel), ou si des conditions de milieu s'opposent à son emploi, on aura recours aux compresses ou cataplasmes. La révulsion par des ventouses ou des sangsues pourra être pratiquée au cours du traitement, mais cela n'empêchera pas de continuer l'emploi de la glace ou les compresses.

Il faut de la patience. En se montrant très sévère on aura presque toujours la satisfaction de guérir sa malade et toujours celle de conjurer les accidents aigus et graves qui compromettaient sa vie.

## REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

**La tuberculose chez les maîtres d'école,** par le Dr Schmidt. (*Klinisches Jahrbuch.*)

L'importance de l'École pour la tuberculose de l'enfance que Kirchner avait signalée le premier est actuellement reconnue de tous côtés. L'intérêt de cette relation a donné lieu de faire aussi des recherches et des constatations sur la tuberculose des instituteurs. L'auteur croit pouvoir supposer avec d'autres auteurs, que les agents propagateurs de la tuberculose à l'École, ne sont pas tant les enfants eux-mêmes, parmi lesquels les cas de tuberculose ouverte sont relativement rares, mais bien plutôt les instituteurs et les institutrices. D'après les constatations de Schmidt qui ne se basent pas sur des recherches personnelles, mais

bien sur des rapports officiels relatifs au personnel enseignant retraité, la tuberculose pulmonaire et la phtisie laryngée y sont très répandues.

Les chiffres consultés indiquent pour la ville de Duseldorf 13.3 pour cent d'instituteurs et même 22 pour cent d'institutrices, qui furent mis à la retraite prématurément à la suite de cette maladie ou qui en moururent. Le plus grand nombre que l'on constate du côté des femmes est dû à la force de résistance moins grande de l'organisme féminin, ce qui est connu. Tout en observant les causes primordiales Schmidt demande, en vue d'éviter la tuberculose dans le personnel enseignant, qu'on fasse un choix minutieux lors de l'admission dans les établissements préparatoires et les Ecoles normales d'instituteurs et lors de l'entrée au service scolaire, qu'on surveille l'état sanitaire dans les établissements d'enseignement et dans les services scolaires, qu'on observe les principes de l'hygiène moderne dans l'installation des écoles préparatoires et normales ainsi que dans les salles d'école, qu'on diminue les programmes dans les écoles normales, qu'on prenne soin à temps des instituteurs contaminés, ou en danger de l'être et qu'on exclue ceux qui sont atteints de tuberculose ouverte. De pair avec ces mesures, il faut que les médecins aient une instruction meilleure dans la technique des recherches.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**La Régulation Hématosique** (*Son Mécanisme et ses Principes essentiels*), par le Dr Joseph Noé, ex-chef de laboratoire de la Faculté de médecine 1 volume in-8° raisin, de 60 pages. Prix : 1 fr. 50. Librairie Rousset, éditeur, 1, rue Casimir Delavigne.

Dans cet ouvrage qui constitue le 4e fascicule des *Actualités thérapeutiques*, l'auteur donne les aperçus les plus intéressants qui sont de nature à bien mettre en relief le sens de l'évolution humaine et la tendance de son perfectionnement.

Il montre, en particulier, que l'organisme tend par tous les moyens à réaliser les rouages qui permettent la meilleure utilisation de l'oxygène atmosphérique. Les réserves les plus nécessaires doivent consister en des ressources antiasphyxiques, destinées à l'entretien de la respiration cellulaire et à l'équilibre de sa répartition. Aussi, la défense bio-chimique de l'économie se trouve-t-elle sauvegardée par l'existence d'un luxe d'hémoglobine et par un mécanisme régulateur, tendant à compenser sa diminution par une suractivité particulière des phénomènes d'oxydo-réduction tissulaire.

Cette régularisation s'impose pour le maintien de la résistance générale, car c'est l'imperfection de l'équilibre hématosique qui crée les syndromes anémiques. Après avoir exposé comment les états d'hypohématose dérivent d'un défaut de perfectionnement évolutif ou fonctionnel, l'auteur montre la nécessité d'une médication qui puisse rationnellement accélérer le processus hématopoïétique et combler le déficit oxydasique.

Cette régulation du cycle hématosique peut être obtenue par l'association d'un complexe colloïdal de fer, de manganèse et d'extrait protoplasmique de globules sanguins, connu sous le nom de globéol. Cette synergie médicamenteuse réalise une intéressante opothérapie bio-plastique et cyto-énergétique, dont les effets sont d'autant meilleurs qu'ils s'accompagnent d'une action anti-toxique et biotonique. Pratiquement, cette médication rationnelle constitue non seulement le spécifique de tous états anémiques, mais encore un adjuvant des plus utiles pour la cure anti-neurasthénique, le traitement anti-tuberculeux et l'abréviation des convalescences. La 2e partie de cet important ouvrage a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine.

Les praticiens qui veulent se tenir au courant de la thérapeutique moderne ne manqueront pas de lire le volume plein d'aperçus nouveaux du Dr Noé.

## CARNET DU PRATICIEN

### Contre la friabilité des ongles

Enduire les ongles le soir, en se couchant, avec une des pommades suivantes :

| | |
|---|---|
| 1° Huile de lentisque | 15 grammes |
| Sel marin | 2 — |
| Colophane | 1 gr. 50 |
| Alun | 1 gr. 50 |
| Cire vierge | 1 gr. 50 |

ou :

| | |
|---|---|
| 2° Lanoline | 10 grammes |
| Oxyde de zinc | 1 — |
| Glycérophos. de chaux | 1 — |
| Arsén. de soude | 0 gr. 05 |
| Nitrate de pilocarpine | 0 gr. 10 |
| Extr. de noix vom | 0 gr. 50 |
| Cochenille pour colorer | Q. S. |

Recouvrir les ongles avec des doigts de gants.

### Bronchite infantile

En cas de raucité de la voix :

| | |
|---|---|
| Antipyrine | 0 gr. 50 |
| Bromure de potassium | 1 gramme |
| Sirop de codéine | 10 — |
| — de fleurs d'oranger | 30 — |
| Sirop de tolu | 20 — |
| Eau distillée, quantité suffisante pour | 120 grammes |

Une cuillerée à café d'heure en heure.

(Périer et Gaucoux.)

### Gargarismes

Gargarisme avec :

| | |
|---|---|
| Essence de citron | XX gouttes |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 20 |
| Glycérine | 40 grammes |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre |

Gargarisme avec :

| | |
|---|---|
| Stovaïne | 0 gr. 30 |
| Glycérine | 40 grammes |
| Essence de menthe | 60 — |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre |

Gargarisme avec :

| | |
|---|---|
| Alcoolature du citron | XX gouttes |
| Chlorhydrate de morphine | 0 gr. 05 |
| Chlorydrate de cocaïne | 0 gr. 10 |
| Glycérine | 60 grammes |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre |

Mélange concentré pour gargarisme analgésiant :

| | |
|---|---|
| Essence de menthe | XX gouttes |
| Saccharine | 0 gr 10 |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 30 |
| Glycérine | 20 grammes |
| Elixir parégorique | 40 — |
| Alcool à 80°, Q. S. pour | 90 centim. cubes. |

Une cuillerée à café dans un grand verre d'eau tiède.

*Gargarismes antiseptiques*

Gargarisme à l'eau oxygénée :

| | |
|---|---|
| Glycérine | 60 grammes |
| Eau de menthe | 60 — |
| Eau oxygénée | 80 — |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre |

Gargarismes à l'acide salicylique :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 1 gramme |
| Alcool | 20 grammes |
| Glycérine | 40 — |
| Eau de menthe | 60 — |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre. |

(Filtrer.)

Gargarisme au thymol :

| | |
|---|---|
| Thymol | 0 gr. 50 |
| Alcool | 25 grammes |
| Glycérine | 40 — |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre |

(Filtrer.)

Gargarisme à la résorcine :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 2 grammes |
| Glycérine | 40 — |
| Eau de menthe | 60 — |
| Eau, Q. S. pour | 1/2 litre |

Mélange concentré pour gargarisme antiseptique :

| | |
|---|---|
| Essence de menthe | X gouttes |
| Saccharine | 0 gr. 10 |
| Acide salicylique | 5 grammes |
| Glycérine | 20 grammes |
| Alcool, Q. S. pour | 90 cent. cub. |

Une cuillerée à café dans un grand verre d'eau tiède.

Ou encore :

| | |
|---|---|
| Essence d'anis | XV gouttes |
| Thymol | 0 gr. 50 |
| Acide phénique cristallisé | 1 gramme |
| Alcool, Q. S. pour | 60 cent. cubes |

(Dans un flacon compte-gouttes : quelques gouttes dans un verre d'eau.) (Lyonnet et Boullud.)

### Convulsions des enfants

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium | 2 grammes |
| Antipyrine | 1 — |
| Chloral | 0 gr. 60 |
| Sirop d'éc. d'oranges amères | 125 grammes |

5 à 6 cuillerées à café par jour à un enfant d'un an.

Le bromure de potassium se donne aux doses de 20 à 30 centigrammes au-dessous d'un an ; au-dessus d'un an, la dose s'élève de 40 centigrammes à 1 gramme. Le chloral s'administre aux doses de 10 à 20 centigrammes par jour et par année d'âge.

Dans le cas où on ne pourrait pas donner ces médicaments en potion, on les donnera en lavements :

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral, suivant l'âge | 0 gr. 50 à 1 gr. 50 |
| Lait | 40 grammes |

pour un lavement à conserver.

Administrer auparavant un lavement évacuateur.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**ronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 27.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon.**

L'inauguration à Châtel-Guyon du Pavillon des Bains de boues végéto-minérales a eu lieu le 15 juin dernier. Il contient, en dehors de la petite usine de préparation, 16 cabines de bains, 12 généraux et 4 locaux, dont chacune présente, à côté de la baignoire en bois cerclé de cuivre destinée aux bains de boues proprement dits, un double dispositif pour bain minéral et pour douches variées, qui suivent et complètent le bain de boue.

C'est une puissante modalité thérapeutique, la première de cet ordre créée en France, que Châtel-Guyon vient d'ajouter à son armement thermal. Elle sera d'un précieux secours pour nombre des complications ou des infections secondaires que présentent les neuro-arthritiques et les gastro-intestinaux où se recrute sa principale clientèle.

**A l'Académie.**

Demande d'autorisation pour la source Dehord, à Prompsat.

**Pour les Sociétés.**

Un pharmacien retiré, spécialisé depuis 5 ans dans le lancement des eaux et sous-produits, désirerait représenter une ou deux eaux différentes. Conditions modérées. S'adresser au journal.

**Les capsules Weissenthauner.**

Les Établissements Weissenthauner, rue Voltaire, 8, à Montreuil-sous-Bois, ont établi des capsules très ingénieuses qui rendent la fraude des eaux minérales matériellement impossible.

Ces capsules sont établies de telle façon que :

1° La fraude est rendue impossible, d'où sécurité absolue pour le sourcier et le consommateur ;

2° Il n'y a plus de contact du liège avec l'eau minérale, la rondelle de liège qui est dans la capsule étant isolée du contenu de la bouteille par une rondelle d'étain pur et dans des cas particuliers par une rondelle de papier céresiné ; donc plus d'eau contaminée par le bouchon ;

3° L'embouteillage se fait avec des machines simples très perfectionnées, avec une extrême rapidité (machines à bras 700 à 1.000 bouteilles à l'heure, machines au moteur 1.200 à 1.400 à l'heure).

4° Le débouchage se fait avec la plus grande facilité sans le concours d'aucun outil (pour la capsule « Phénix » et pour la capsule « Étoile »). Ces capsules sont donc idéales, qu'on se place au point de vue hygiène ou au point de vue industriel.

Voici les sources qui ont adopté ces bouchages à l'heure actuelle :

Source de Bagnols-de-l'Orne, source du Prieuré de Rochemaure, source de Plombières, sources de Bains-les-Bains, Vittel (Grande Source), Cristal-Château, La « Châteline », source d'Alet, source de Spa, Société des Eaux minérales de Royat, source du Dr Thiéry, à Contrexéville, source St-Simon, à Aix-les-Bains, sources Vivaraises, de Vals, source Vittel-Alpha, source Frebert, à St-Yorre.

La plupart des grandes Compagnies ont mis d'ailleurs cette question à l'étude.

## ÉCHOS

**IIIe Congrès International d'Hygiène scolaire**, Paris 2-7 août 1910. Sous la Présidence d'Honneur de M. le Ministre de l'Instruction Publique.

Le IIIe Congrès international d'Hygiène scolaire se réunira à Paris du 2 au 7 août prochain, au grand Palais des Champs-Elysées. Il sera accompagné d'une exposition internationale de tout ce qui concerne l'Hygiène de l'École et de l'Écolier, qui durera un mois. La séance d'ouverture qui aura lieu le mardi 2 août, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sera présidée par M. le Ministre de l'Instruction publique. Tous les pays civilisés y seront officiellement représentés.

De nombreuses excursions seront organisées. Toutes les Compagnies de Chemins de fer accordent aux membres du Congrès une réduction de 50 0/0.

Les médecins, les professeurs, les instituteurs, les pères de famille et, en général, tous ceux qui s'intéressent à l'avenir des enfants, peuvent adhérer au Congrès.

Pour obtenir les renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat général, 10, boulevard Magenta, Paris, 10e.

**Marques.**

Un certain nombre de nos lecteurs nous demandent fréquemment des renseignements au sujet des *marques*.

C'est là une question très importante et nous engageons très vivement ceux qui s'intéressent aux spécialités pharmaceutiques et aux eaux minérales à s'assurer de la validité du nom qu'ils ont choisi en tant que marque. Combien ignorent tout sur cette matière si féconde en procès de contrefaçons et en ennuis de toutes sortes. Il y a, en outre, des formalités qu'on ne doit pas ignorer vis-à-vis de l'étranger. Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que MM. Weissmann et Marx, ingénieurs civils, 90, rue d'Amsterdam, Paris, répondront à titre gratuit à ceux de nos lecteurs qui leur écriront de notre part et leur fourniront les renseignements que nous ne pouvons pas leur donner nous-mêmes d'une façon suffisamment précise.

**Cession de clientèle médicale.**

La Conférence des avocats à la Cour d'appel de Paris, dans sa séance du 28 mai 1910, a discuté la question suivante :

« La cession de clientèle médicale est-elle valable lorsqu'elle est réalisée non par le médecin, mais par ses héritiers ? »

La Conférence a adopté l'affirmative.

**La lutte antituberculeuse au Danemark.**

Depuis 1895, la lutte contre la tuberculose a été organisée systématiquement en Danemark, et, en 1905 des lois sanitaires sont venues continuer les efforts et accuser la lutte. La statistique est très correctement tenue dans les villes danoises et Jensen nous montre que la mortalité par tuberculose est descendue de 26,11 à 17,55 pour 10.000 de 1895 à 1908, et la mortalité par tuberculose pulmonaire de 19,32 à 10,33 pour 10.000, dans la même période de temps. Il en est de même dans les campagnes, l'éducation hygiénique y ayant été assurée d'une manière très énergique.

Ajoutons qu'au point de vue de la prophylaxie et de l'hygiène sociale, le Danemark est un pays extrêmement sérieux et bien organisé. Grâce à E. Ehlers, depuis 1906, on y a aussi commencé la lutte contre la syphilis.

**Montres médicales**

Un spécialiste notoire, M. Auricoste, horloger de la marine de l'État et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation ; quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

**La protection de la santé publique.**

Un décret vient de paraître au *Journal Officiel* rendant applicable aux établissements français de l'Océanie la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

## POSTES MEDICAUX

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

### DEMANDES

**Pharmacien** n'exerçant plus, s'occupant depuis 5 ans du *lancement des spécialités*, bien introduit *près du corps médical*, accepterait de visiter les médecins pour une spécialité sérieuse. Peu exigeant. (2208)

**Docteur** reprendrait contre indemnité même élevée bon cabinet de consultations ou clinique. Seulement affaire ayant caractère médical sérieux. (2207)

**Jeune Docteur** désire reprendre aussitôt que possible à Paris clientèle bien assise de 12 à 15.000. (2206)

**Docteur** cherche poste à 2 heures maximum de Paris. Etre seul médecin sans faire la pharmacie. Recettes minimum 10.000. (2205)

**Docteur** désirerait trouver dans le Centre poste de 11 à 12.000 mais susceptible d'augmentation. De préférence chef-lieu de canton. (2204)

**Docteur actif**, références et 10 ans de pratique ferait remplacements. Fait la pharmacie. (2203)

**Etudiant sérieux** ayant références désire trouver remplacements à Paris, place d'assistant dans clinique, gardes, etc. (2202)

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 30.000 pour laquelle il paierait comptant l'indemnité qui lui serait demandée. (2201)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance ne nécessitant pas l'emploi d'un cheval ou d'une auto. (2200)

**Médecin-militaire retraité** cherche emploi quelconque où il y ait à développer beaucoup d'activité. Voyagerait. (2199)

**Docteur** cherche à reprendre affaire para-médicale ancienne, sérieuse, donnant de bons résultats. S'associerait. Dispose de capitaux. (2198)

**Docteur** reprendrait en banlieue à 1/2 heure maximum poste de 15 à 25.000. (2197)

**Chirurgien** installé en province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou encore cabinet de gynécologie et voies urinaires. (2196)

### OFFRES

**A 2 heures de Paris.** — Docteur céderait au prix de façon e installation complète : électrothérapie, voies urinaires tuberculose. Recettes 25.000 en baisse par suite de très mauvais état de santé. Loyer 2.500. Petit hôtel. Urgent. (300)

**EURE.** — Pour cause de départ forcé Docteur céderait poste de 20.000. Indemnité à débattre. (291)

**ALGÉRIE.** — Docteur obligé de rentrer en France céderait bon cabinet dentaire. Recettes 28.000. Conditions exceptionnelles. (287)

**AISNE.** — A céder excellent poste sans frais. Seul médecin fait la pharmacie. Recettes 12.000. Indemnité à débattre a ec faible comptant. (286)

**BRETAGNE.** — Cabinet de spécialiste électroth. à céder dans ville agréable. Recettes 15.000 en progression. On ferait bonnes conditions. Urgent. (285)

**PARIS.** — Pour raisons de santé Docteur céderait clientèle de 15 ans. Recettes 17.000. Loyer 1.500. Indemnité 13.000. Très urgent. (281)

**PARIS.** — Docteur désirant faire électrothérapie pourrait acquérir à de bonnes conditions Cabinet déjà ancien dans quartier central. (280)

**A 1 heure de Paris.** — Poste sérieux à céder. Seul médecin fait la pharmacie. Recettes 16 à 17.000. Indemnité à débattre. (278)

**CHER.** — Obligé d'habiter le Midi Docteur cherche à céder poste d'un rapport de 12.000. Fixes 2.000. Peu exigeant. (277)

**PARIS.** — Noyau de clientèle avec fixes serait cédé contre faible indemnité. Quartier agréable. Loyer 1.300. (272)

**MARNE.** — Petite ville. 3 Docteurs. Clientèle bien assise serait cédée pour cause de maladie grave. Recettes 12.000. Indemnité à débattre. (268)

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (262)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000. (257)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux et ancien de spécialité. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. A céder pour indemnité à débattre. (256)

**CENTRE.** — A céder. Etablissement ancien d'agents physiques. Bénéfices 20.000 fr. en 6 mois de saison. Indemnité 130.000 fr. à débattre. (243)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 16.000. Indemnité 9,000. (231)

81e Année (Série XIIIe) — N° 64 Le Numéro : 25 Centimes 15 Juillet 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 5 fr.
Union postale 7 fr.
Édition Espagnole 10 fr.
Édition Portugaise 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés., Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nos amis.**

Nos amis et collaborateurs les Drs Belgou et Spriuger viennent d'être promus officiers de la Légion d'honneur.

**Le Dr Lajarrige est réhabilité.**

Se souvient-on de l'affaire Boisleux-Lajarrige qui a suscité en 1897 une si vive émotion dans le public et dans le monde médical?

Le Dr Lajarrige avait été condamné à cinq ans de prison pour faute professionnelle. Les médecins, et notamment le professeur Pinard, avaient pris vivement sa défense.

Par arrêt du 10 mai dernier, la Cour d'appel de Paris a prononcé la réhabilitation du Dr Lajarrige.

Contre le verdict, qui constituait une véritable erreur judiciaire, ce médecin ne cessa de protester; il avait foi en la réparation. Elle est venue. Mais ni sa femme, ni son frère, le général, morts de chagrin avant l'heure, n'en auront vu luire le jour.

**Nos Martyrs.**

Un jeune interne de Lariboisière, M. Chamard, atteint d'une méningite cérébro-spinale, contractée dans son service et au chevet de ses malades, est mort il y a quelques jours, comme un soldat, sur le champ de bataille qu'il avait choisi. Ses maîtres et ses camarades lui ont fait les obsèques émues qu'il méritait.

**L'Hygiène à la Chambre des Députés.**

Voici la composition de la commission de l'hygiène publique à la Chambre :

Président : M. Lachaud; vice-présidents : MM. Vaillant, J. Siegfried, Breton, Louis Baudet, Pujade; secrétaires : MM. Foucher, Bories, Schmidt, Doizy, Guiraud, Coreil.

**L'interdiction de la vente de l'absinthe.**

La commission sénatoriale chargée d'examiner les propositions tendant à l'interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe a pris connaissance hier d'un rapport de la Faculté de médecine qui conclut d'une façon formelle à la nocivité de ce produit. Elle a décidé de demander à l'administration des renseignements précis sur les résultats financiers obtenus avec l'article de la loi de finances qui a porté à 50 degrés la force alcoolique minimum des absinthes dont la circulation demeure autorisée.

**Contre la dépopulation.**

Pour remédier au fléau de la dépopulation en France, M. le Dr Lannelongue, sénateur du Gers, préconise, sous forme de proposition, un ensemble de mesures qui peuvent se résumer comme suit : 1° augmentation des charges militaires pour les célibataires au-dessus de vingt-neuf ans; 2° obligation pour les fonctionnaires d'être mariés à partir de vingt cinq ans, des avantages pécuniaires de carrière et de retraite étant accordés aux fonctionnaires ayant au moins trois enfants vivants; 3° suppression des dispositions du code civil relatives à la réserve et à la quotité disponibles, de façon que le droit du père de famille de disposer de son patrimoine en toute liberté dissipe les craintes de morcellement des fortunes par l'accroissement du nombre des enfants.

**Hommage à M. le professeur Pinard.**

Une médaille sera offerte au professeur Pinard, à l'occasion de sa vingtième année de professorat. Elle lui sera remise à la clinique Beaudelocque, du 15 au 20 juillet.

Adresser les souscriptions à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Les souscripteurs de 10 francs recevront un exemplaire en bronze de la médaille, les souscripteurs de 25 francs un exemplaire en argent.

**Œuvre Parisienne de Secours immédiat et d'Assistance à la Faculté médicale.**

Une Œuvre Parisienne, c'est-à-dire dont la zone d'action comprend l'Ile de France, a été créée en vue de venir en aide à toute famille médicale éprouvée par l'infortune, qu'il s'agisse non seulement du chef de la famille, mais de tous les membres de cette famille.

Ses statuts ont été votés le 20 mars dernier.

Elle est organisée en vue d'apporter le Secours immédiat, et de réaliser ultérieurement non seulement l'Assistance par le travail, qui met, soit le médecin, soit les membres de sa famille, à même de gagner leur existence, mais aussi toute autre forme d'assistance.

Elle fait appel au concours de tous les médecins, mais s'adresse aussi à leurs familles : femmes, enfants, ascendants.

Pour faciliter l'adhésion de tous les membres des familles médicales, même de celles peu fortunées, la cotisation minima a été abaissée à un franc, le titre et les droits du sociétaire demeurant les mêmes quelle que soit la somme versée.

Pour la première fois, la compagne du médecin est appelée à concourir avec lui et au même titre que lui au soulagement des misères professionnelles auxquelles elle compatit doublement, comme épouse et comme mère.

Aussi les membres de la nouvelle association — qu'il s'agisse des hommes ou des femmes — ont les mêmes droits. Une place des plus larges a été faite aux dames patronnesses dans le Conseil d'administration.

Nos rangs sont ouverts aux personnes étrangères à notre profession qui veulent manifester leur reconnaissance à l'égard des médecins en venant en aide aux familles médicales éprouvées par le malheur. Mais ces bienfaiteurs ne pourront pas prendre une part effective à la direction de l'Association, qui doit demeurer une œuvre exclusivement médicale.

En résumé, notre œuvre est l'Assistance aux familles médicales malheureuses, réalisée par la grande famille médicale. Aussi, nous espérons que vous voudrez bien lui donner votre adhésion et celle de votre famille.

Le Conseil d'administration provisoire est ainsi composé : Mme Berruyer, MM. Bucquoy, Butte, Chancel, Darras, Mme Deligant, MM. Dignat, Ducor, Granjux, P. Guillon, Labady, Lucas-Championnière, Plessard, Recht, Sebillotte, De Spéville, Vimont.

Le Bureau provisoire :

*Le Président*, Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

*Le Trésorier*, Dr BUTTE. *Le Secrétaire général*, Dr GRANJUX.

**La Natalité en Europe.**

Voici un tableau qui indique quel fut, depuis 1899, l'excédent annuel des naissances sur les décès en France et dans les principaux pays (cet excédent fut négatif deux fois en France, pour 1900 et 1907) :

| Années | France | Empire Allemand | Autriche | Belgique | Angleterre et Galles | Italie |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1899... | 31.394 | 795.107 | 301.936 | 67.305 | 346.847 | 385.165 |
| 1900... | — 25.988 | 759.757 | 309.259 | 64.743 | 339.232 | 298.459 |
| 1901... | 72.398 | 857.828 | 330.124 | 84.000 | 378.222 | 342.727 |
| 1902... | 83.944 | 902.243 | 327.840 | 76.541 | 404.971 | 365.893 |
| 1903... | 73.106 | 812.173 | 305.851 | 73.626 | 433.643 | 305.779 |
| 1904... | 57.026 | 862.664 | 319.097 | 72.215 | 395.605 | 383.827 |
| 1905... | 37.120 | 792.839 | 237.227 | 69.094 | 409.262 | 354.178 |
| 1906... | 26.651 | 910.275 | 342.195 | 67.387 | 403.800 | 374.103 |
| 1907... | — 19.892 | 852.624 | 311.923 | 69.791 | 393.821 | 362.000 |
| 1908... | 46.441 | 879.562 | 313.616 | 64.837 | 419.927 | 368.667 |
| 1909... | 13.424 | — | — | — | — | — |

Bien que, dans certains Etats, la natalité diminue actuellement comme en France, mais dans de moindres proportions, ces Etats conservent, grâce à leur avance antérieure de forts excédents de naissances.

# L'Examen fonctionnel de l'Intestin

## DANS LA PRATIQUE JOURNALIÈRE

Par le Dr KOLBÉ (de Châtel-Guyon)

Des Facultés de Paris et de Lausanne

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Buenos-Ayres

L'objet du diagnostic fonctionnel est de connaître, par l'évaluation d'un travail qu'on sollicite d'un appareil déterminé ou d'un organe isolé, le coefficient de sa fonction. Il a l'avantage de mettre en évidence des troubles fonctionnels physio-pathologiques, à un moment de l'évolution morbide, où les *signes objectifs* n'existent pas encore. Le sujet n'accuse en général que des sensa-

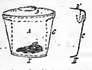



Fig. 1. — *Seau hygiénique* (schématique) (1)
I. — A, pot de chambre en verre; — C, récipient pour pot de chambre en fer-blanc; — B, couvercle plongeant dans un petit canal d'eau ayant pour but d'obtenir l'occlusion de la selle et d'éviter les mauvaises odeurs dans la chambre du malade.
II représente la disposition détaillée du couvercle.

tions et des symptômes subjectifs, qui même quelquefois peuvent manquer (achylie gastrique).

Le principe essentiel est de posséder des méthodes cliniques simples, applicables partout, et donnant des *résultats constants* dans l'étude *qualitative et quantitative* de la *fonction* (de sa capacité). Le résultat de ces




Fig. 2. — *Coproscope de Boas* (schématique)
A, un genre spécial de capsule de Petri, hermétiquement fermée à l'aide d'un anneau *circulaire* de caoutchouc, et d'un autre anneau transversal qui porte une spatule en verre. Le fond de la capsule est en partie noir, pour faire ressortir mieux certaines anomalies coprologiques.
B, démontre l'emboîtement réciproque des deux moitiés de la capsule, et par conséquent la possibilité d'une occlusion parfaite par l'anneau circulaire en caoutchouc (ligne pointillée).

méthodes doit encore être le reflet du *travail habituel* de l'organe.

En appliquant ces idées à la méthode du diagnostic fonctionnel de l'intestin, on arrive très vite à la conviction suivante : pour l'étude clinique des fonctions intestinales, on ne dispose que de l'analyse coprologique.

L'étude des fonctions intestinales dans la pratique journalière se compose des éléments suivants :

1° Elaboration de méthodes d'examen simples, applicables partout, par n'importe quel praticien, sans bagage scientifique, ni arsenal de laboratoire ;

2° Un régime d'essai rationnel ;

3° Une analyse coprologique intelligemment interprétée après ce régime ;

4° L'application pratique des résultats de l'analyse coprologique pour la diététique et le traitement des entéropathies.

(1) Les gravures de cet article proviennent : 1° de dessins personnels ; 2° d'un article du Professeur Ad. Schmidt : *D. med. Wochenschrift*, IV, 23, 08.

Il faut donc avant tout songer à la *nécessité d'une méthode d'examen simple, applicable partout et par tout praticien.*

La méthode coprologique de *Schmidt et Strasburger* que nous adoptons (1) satisfait à ces conditions fondamentales. Elle n'exige pas, dans la majorité des cas, plus de dix minutes, ne suppose pas une préparation

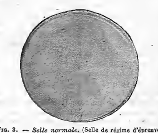


Fig. 3. — *Selle normale.* (Selle de régime d'épreuve de Schmidt, délayée à l'eau et transvasée dans une capsule de Petri. Masse tout à fait uniforme avec quelques points sombres plus petits qu'une tête d'épingle, provenant de la cuticule des céréales.)

scientifique préalable et se base principalement sur les données macroscopiques, qui peuvent être obtenues partout et par le malade lui-même, lorsque ce dernier a été initié à leurs points de repère.

A ce propos nous nous permettons de reproduire ici quelques phrases d'une communication faite à la Société Médicale des Praticiens le 18 décembre 1908.

« Permettez-moi, messieurs, d'insister sur la *nécessité de la collaboration du malade lui-même* pour arriver au diagnostic du déficit qualitatif et quantitatif (insuffisance de la capacité digestive pour un groupe alimentaire déterminé). L'observation journalière nous prouve que nos malades sont des coprologues attentifs, mais que leurs observations et leurs déductions sont insuffisantes avec le *libre choix de la nourriture*. Il en serait autrement s'ils examinaient leurs « fèces-types » c'est-à-dire la « selle normale » après un « régime d'épreuve ». Ce régime d'épreuve, dont la description se trouve dans le livre indiqué plus haut, sollicite « le travail global » du

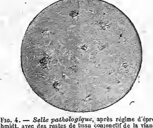


Fig. 4. — *Selle pathologique*, après régime d'épreuve de Schmidt, avec des restes de tissu conjonctif de la viande, indiquant un déficit gastrique, en général l'hypochylie et l'achylie. — Préparation comme pour la figure 3.

tube digestif entier y compris ses « composants » (glandes annexes : foie, pancréas) surtout au point de vue de la motilité, de la sécrétion et de la résorption.

(1) L'*Examen fonctionnel de l'intestin par le régime d'épreuve. Son application dans la pratique journalière et ses résultats pour le diagnostic et la thérapeutique*, par le Dr Ad. Schmidt, traduit et annoté par le Dr Kolbe, de Châtel-Guyon. Vigot Frères, éditeurs, Paris. Un vol. in-8° avec 20 fig. dans le texte et 3 planches en couleurs.

« La base de l'examen des fèces pour l'usage clinique, est l'administration d'un « *Régime d'Epreuve* » commode, réalisable partout, car ce régime se compose d'aliments habituels. Par des raisons multiples on ne peut pas songer à un « *repas d'épreuve* » pour l'étude de la fonction globale de l'intestin, qui est une fonction un peu inconstante.

« Tandis que le tube digestif sain de l'adulte digère avec la plus grande facilité la totalité assimilable des aliments composant ce régime, le dyspeptique, le moins atteint, démontre, par la qualité et la quantité de ses « restes alimentaires » indigérés, la forme clinique de sa dyspepsie ainsi que son degré de gravité. La garde-robe délayée à l'eau vous permettra de constater déjà à l'œil nu, presque toujours, le *déficit de la*

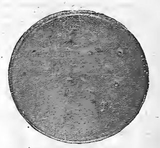


Fig. 5. — *Selle pathologique*, après repas d'épreuve de Schmidt, avec des restes de pommes de terre. — Déficit sécrétoire de l'intestin grêle. — Préparation comme pour la figure 3.

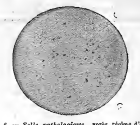


Fig. 6. — *Selle pathologique*, après régime d'épreuve de Schmidt, avec des restes de fibres musculaires, indiquant une entéropathie consécutive à une hypochylie du pancréas ou de l'intestin grêle et des deux à la fois. — Préparation comme pour la figure 3.

*digestion* des trois groupes principaux d'aliments : les albuminoïdes, les graisses et les hydrocarbonés. Cela indique, dans les cas non compliqués, la présence *d'affections fonctionnelles de l'intestin.* »

« Mais nous savons maintenant par l'examen systématique des fonctions intestinales qu'une *entéropathie fonctionnelle pure et simple* est assez rare.

« Qu'elle se prolonge un peu, et déjà elle se transforme par un mécanisme souvent voilé, en une *maladie organique* qui, en progressant à son tour peut arriver à nécessiter une intervention chirurgicale. Le régime d'épreuve nous enseigne encore autre chose, c'est que les catarrhes intestinaux légers s'abritent trop fréquemment sous le faux titre de *dyspepsie nerveuse gastrique ou gastro-intestinale.* Ces pauvres *pseudo-nerveux* courent de spécialiste en spécialiste, d'une station balnéaire et climatérique à l'autre, sans y trouver de soulagement. Vous pourrez, messieurs, par un examen

fonctionnel, découvrir que ces *dyspeptiques*, ces soi-disant *nerveux*, sont de véritables entériteux et vous pourrez les engager à se soigner chez eux sous votre direction, après leur avoir démontré *de visu* l'existence réelle de leur affection. En effet, leur état morbide polyforme et capricieux ne s'impose pas de prime abord au clinicien, comme la présence d'une appendicite, d'une sténose et d'une obstruction intestinale. Or, il faut arriver à diagnostiquer ces maladies fonctionnelles à leur début ; une série d'entérites graves — exception faite des spécifiques — disparaîtrait, ainsi que quelques entéropathies chirurgicales ».

L'analyse coprologique d'après Schmidt, dans le cas courant, se base presque exclusivement sur *l'examen macroscopique* après la trituration à l'eau. Les gravures de ce travail indiquent d'ailleurs l'aspect de la selle normale et quelques particularités de selles pathologiques. Cependant il est aussi nécessaire de s'adresser dans les cas douteux à l'examen microscopique et à la chimie. Parmi les réactions chimiques il convient de citer

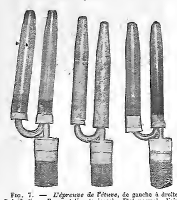


Fig. 7. — *L'épreuve de l'étuve*, de gauche à droite : Putréfaction. Fermentation (précoce). Etat normal. Voir : Kolbé, *L'Examen fonctionnel de l'intestin dans la pratique journalière*, avec 30 gravures (43 pages). *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition*, mars et avril 1909.

la *réaction au sublimé*, la *réaction de l'albumine dissoute*, la *réaction du sang*, et enfin *l'épreuve de l'étuve*. Cette dernière épreuve a une importance toute particulière et elle est d'une exécution facile.

Elle se propose de nous renseigner sur la tendance de la selle à la *putréfaction ou à la fermentation*. En cas de fermentation (dyspepsie intestinale de fermentation par exemple), un régime riche en albumine et en graisse s'impose ; en cas de putréfaction on prescrit un régime d'hydrocarbures et de potages mucilagineux, que leur composition simple rend imputrescibles. Malgré son nom d'*épreuve de l'étuve*, l'étuve elle-même n'est pas indispensable. Il suffit de placer le petit appareil de fermentation de Strasburger ou de Baurmeister dans un endroit tiède, entre 35 et 40°, pendant vingt-quatre heures pour juger de la réaction.

A l'état normal, il n'y a pas du tout ou très peu de gaz et la réaction initiale ne se modifie guère.

Lorsqu'il y a assez de gaz pour remplir d'eau la moitié ou plus du tube d'ascension c'est qu'il existe des troubles pathologiques (fermentation, putréfaction, ou les deux à la fois) ; il y a alors fermentation des hydrocarbonés (résultat positif de l'épreuve de fermentation) avec une réaction franchement acide des fèces ; par contre, la réaction franchement alcaline des fèces révèle la putréfaction albumineuse. Dans le premier cas, le flacon débouché exhale une odeur d'acide butyrique ; dans le dernier cas, une odeur fétide intense. La coloration des selles fermentées est généralement plus claire, celle des garde-robes putrides est plus foncée. La probabilité d'une fermentation fécale pathologique peut déjà être prévue d'après l'état des selles récentes, c'est-à-dire quand elles sont écumeuses, d'une couleur brun pâle, quand elles ont une réaction acide et sentent l'acide butyrique.

Dans certains cas, les processus de fermentation et de putréfaction se combinent intimement ; malgré la présence de gaz abondants, on n'observe alors aucun changement ni de la réaction ni des autres caractères (couleur, odeur). Les déductions cliniques sont alors minimes.

*L'examen bactériologique des selles*, en dehors de la recherche des microbes spécifiques et de ceux de quelques diarrhées infantiles, ne vaut pas l'ennui de l'examen. Combe (de Lausanne) a trop exagéré l'importance de cet examen pour le diagnostic d'une maladie pour lui excessivement fréquente : *l'auto-intoxication intestinale*. Nous renvoyons le lecteur à un article publié tout dernièrement à la *Société de Médecine de Paris*. (1).

Ne pouvant pas, dans le cadre étroit d'un article de ce journal, donner à la question tout le développement qu'elle comporte, nous n'insisterons pas sur les nombreux enseignements de l'examen méthodique des selles après régime d'épreuve, aussi bien pour la diététique que pour la médication médicamenteuse.

Une règle diététique générale est la suivante :

Dans les états catarrheux de l'intestin il faut donner la préférence à une alimentation antiputride, non irritante, de digestion facile, à base de potages mucilagineux et de laitages.

Dans les *dyspepsies intestinales de fermentation* (amylorrhées), que Schmidt et Strasburger ont définies comme des troubles sécrétoires de l'intestin grêle, il faut au début supprimer les amylacés et après pologuer les hydrocarbonés d'après la tolérance individuelle.

En tout cas il faut supprimer ou titrer les aliments d'après la capacité digestive morbide individuelle et remplacer les aliments indigestes par d'autres isodynamiques et de digestion facile.

Nous nous permettrons pourtant d'appeler l'attention sur les quatre constatations suivantes :

1° La fréquence des entéropathies gastrogènes, reconnaissables par la présence du tissu conjonctif et souvent par une flore gastrique et aussi indirectement par l'efficacité d'une thérapeutique gastrique (lavage de l'estomac, acide chlorhydrique et pepsine, etc.) ;

(1) Kolbé (de Châtel-Guyon), *l'examen fonctionnel de l'Intestin après régime d'épreuve*, communication faite à la Société de médecine de Paris, le 11 février 1910 (avec projections simples et polychromes).

2° Les inconvénients du régime farinacé, employé systématiquement et schématiquement dans l'entérite glaireuse et mucomembraneuse primaires ou secondaires (néoplasme) et ceux de son abus prolongé surtout dans la *dyspepsie intestinale de fermentation ;*

3° L'exagération du rôle attribué par une certaine école *à l'albumine alimentaire* dans les auto-intoxications et les putréfactions intestinales, etc. ;

4° La faillite de *l'hypostéatolyse* comme signe certain d'indication opératoire dans les affections pancréatiques ou hépato-pancréatiques.

Quoique le sujet esquissé sommairement puisse laisser dans l'esprit encore un grand nombre de problèmes inexplicables, il prouve néanmoins que l'examen fonctionnel de l'intestin, après le régime d'épreuve de Schmidt, mérite d'être généralisé dans la pratique journalière, pour le diagnostic des entéropathies si obscures, ainsi qu'au profit des nombreux entéropathes.

# EXAMEN DE LA PERMÉABILITÉ RÉNALE

PAR LA

## DIURESE PROVOQUÉE

Par MM. les Drs VAQUEZ et COTTET

Depuis un certain nombre d'années nous nous sommes attachés, avec M. le Dr Cottet, à étudier le rythme urinaire chez les malades atteints d'affections rénales dans le but de faire le diagnostic différentiel des albuminuries de nature diverse avec celle qui caractérise la néphrite interstitielle.

Pour cela, nous nous sommes bien gardés de baser nos recherches sur des considérations purement théoriques, fussent-elles les plus acceptables en apparence. Nous avons tout d'abord cherché à élucider le fait le plus banal et le plus caractéristique de la sclérose rénale, c'est-à-dire la prédominance de la diurèse nocturne, ou, comme le dit Péhu, la nycturie.

On sait que ce symptôme, extrêmement important, presque constant, est également très précoce au cours de la sclérose du rein. On peut l'expliquer de deux façons : ou bien il résulte d'une simple modification de la station, du passage de la position debout à la position couchée ; ou bien il consiste dans un retard d'élimination, les malades rendant la nuit ce qu'ils n'ont pas pu rendre le jour.

Pour expliquer le fait, nous nous sommes souvenus des recherches si concluantes faites par Albarran. Cet auteur mesura la perméabilité rénale chez les malades atteints d'affections de l'un ou l'autre rein : il leur faisait ingérer une certaine quantité d'eau et, à des moments déterminés, recueillait les urines de chacun par le cathétérisme urétral. Il a établi la loi suivante : « Le rein malade a un fonctionnement beaucoup plus constant que le rein sain, et sa fonction varie d'autant moins que son parenchyme est plus atteint. »

Ceci est également en rapport avec ce fait connu depuis longtemps, qu'à l'état normal la diurèse suit assez rapidement

l'ingestion de la boisson, quand celle-ci est prise en assez grande quantité.

Pour transporter dans la clinique médicale la méthode d'Albarran avec ses conclusions, il fallait nous placer dans des conditions différentes, car, dans les recherches d'Albarran, l'influence des facteurs extra-rénaux dans la diurèse était supprimée, les reins étant dans des conditions semblables au point de vue de l'apport de liquide et de matériaux jusqu'à leur parenchyme.

Nous nous servons toujours de l'excitant naturel de la diurèse qui est l'eau, mais nous jugeons inutile de faire une élimination provoquée. Pour supprimer l'influence des facteurs extra-rénaux, il aurait paru indiqué d'examiner les malades dans la position debout puisque, d'après Linossier et Lemoine, c'est celle qui rendrait le plus apparents les troubles du fonctionnement rénal.

Nous ne sommes pas de cet avis ; il ne nous a pas paru que les modifications de diurèse dans la position debout révélassent, comme l'ont dit ces auteurs, un trouble de l'excrétion rénale, et, contrairement à eux, l'oligurie orthostatique s'explique par des modifications d'ordre extra-rénal, bien plus que par un trouble du fonctionnement du rein lui-même. Nous n'en donnerons que deux preuves : la première c'est que l'oligurie orthostatique est souvent des plus accusées chez des sujets qui ne présentent aucune lésion du rein et dans des proportions qui peuvent ne pas se voir chez des gens dont le rein est manifestement touché; en deuxième lieu, c'est que l'on voit l'oligurie orthostatique disparaître très souvent à la phase ultime de la sclérose rénale. Il nous paraît donc impossible d'admettre qu'un symptôme puisse exprimer un degré léger d'altération d'un organe et disparaître d'une façon complète lorsque le fonctionnement de cet organe est à peu près aboli.

Pour nous, l'oligurie orthostatique résulte de modifications dans la circulation générale, comme d'ailleurs Linossier et Lemoine l'admettaient en principe, puisqu'ils font jouer à la modification de la pression artérielle un rôle qui, d'ailleurs, ne nous paraît pas des plus légitime.

Une expérience de Carles montre qu'en tout état de cause les modifications de la circulation par la station debout doivent jouer un rôle important dans l'oligurie orthostatique. Cet auteur a pu réduire ou supprimer l'oligurie de la position debout en comprimant les membres inférieurs dans des bandes de caoutchouc, c'est-à-dire en empêchant l'accumulation des liquides dans la partie inférieure du tronc.

En résumé, nous estimons que pour se mettre dans les conditions recherchées, c'est-à-dire pour supprimer presque à coup sûr l'influence des facteurs extra-rénaux dans la diurèse provoquée, il faut faire cet examen le malade étant couché ; et nous avons recherché comment s'établissait le rythme urinaire dans cette position chez des malades à qui l'on avait fait absorber, en une demi-heure, trois quarts d'heure, une quantité de 600 grammes d'eau d'Evian, et que l'on maintenait au lit pendant trois heures consécutives.

Nous avons constaté que chez ces malades atteints de sclérose rénale, même quelquefois à une phase initiale, le séjour au lit n'était pas capable d'établir une diurèse suffisante : la plupart du temps, la moitié seulement ou même moins de l'eau ingérée était rendue, tandis que chez les sujets sains elle est rendue en totalité, quelquefois même en excès.

La première conclusion est la suivante : Si les malades atteints de néphrite interstitielle urinent la nuit, ce n'est pas parce que le décubitus horizontal est plus favorable à la diurèse, cette position convient fort bien, au contraire, aux malades chez qui elle est retardée par des conditions extra-rénales : les hépatiques, les cardiaques, etc..., ce qui prouve bien que le décubitus dorsal est la position de choix dans l'examen de la diurèse provoquée pour se libérer des facteurs extra-rénaux.

Bref, la seconde explication est seule valable. Si les malades atteints de sclérose rénale urinent la nuit, ce n'est pas parce que la position conchée est pour eux plus favorable à la diurèse, c'est parce qu'ils ont une élimination retardée et qu'ils n'ont pas rendu le jour les urines du jour.

D'ailleurs, si la position couchée était pour eux seule libératrice, ils devraient uriner dans la première partie de la nuit, alors que l'on sait qu'ils urinent surtout dans la seconde partie.

Donc, la diurèse nocturne n'est pour nous qu'une élimination retardée et qui se produit lorsque l'accumulation des liquides a pu atteindre une certaine hauteur pour forcer ce barrage rénal.

(On pourrait, en se résumant, dire qu'ils n'urinent que par regorgement).

Nous avons pu en voir la démonstration très évidente dans un de nos cas où nous avons vu l'ingestion d'eau faite au matin augmenter la diurèse, non pas de la journée, mais de la nuit suivante.

Comme on le voit, la conclusion à laquelle nous en arrivons est tout à fait conforme aux données de la physiologie et de l'expérimentation provoquée. Elles sont en parfait accord avec les observations d'Albarran.

Les malades atteints de sclérose rénale, comme ceux atteints de lésions chirurgicales du rein, ont perdu la faculté d'adapter leur rein aux modifications naturelles ou provoquées, et la diurèse nocturne n'est simplement que la continuation lente d'une diurèse diurne qui a été insuffisante.

La méthode d'examen que nous avons employée, c'est-à-dire la diurèse provoquée par ingestion d'eau, nous a conduits à des renseignements très intéressants au sujet de ce diagnostic précoce de la sclérose rénale et aussi au point de vue de l'introduction des cures hydro-minérales, de la façon dont elles doivent être conduites et des dangers auxquels elle peut donner lieu.

## Un Cas de Langue noire pileuse
### traitée par la Radiothérapie

Par le Dr REGAD

L'affection connue sous les noms de nigritie de la langue, hypertrophie épithéliale piliforme, langue noire pileuse est plutôt rare et sa thérapeutique plutôt incertaine et décevante. Heureusement le pronostic est bénin. Néanmoins les malades qui voient s'installer sur un organe sensible et accessible comme la langue, cette production gênante, sont quelque peu impatients et s'efforcent par tous les moyens de s'en débarrasser.

Les lotions bicarbonatées ou boriquées, l'acide phénique 1/50e, le sublimé au 1/500e (Ferréol), l'acide salicylique, l'alcool à 1/10e (Roth), l'eau oxygénée, sont tous tour à tour essayés, mais sans apporter de guérison définitive. La chute des poils se fait parfois et même très vite, mais bientôt l'épithélium s'hypertrophie de nouveau et tout est à recommencer. C'est dans ces conditions que nous avons été amenés à essayer sur notre malade (un de nos confrères), la thérapeutique röntgénienne qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été tentée.

Les prolongements papillaires examinés au microscope se présentent sous la forme de longues tiges brunâtres. Les cellules qui les composent sont aplaties, sans noyau, intimement liées les unes aux autres au centre, mais souvent débordantes à la périphérie, donnant à l'ensemble du poil l'aspect d'une branche de mousse, d'une barbe de plume. Les recherches de Brosin ont établi que les cellules de la base étaient le siège d'un processus d'hyperkératinisation, cet auteur ayant signalé une certaine proportion d'éléidine dans les couches profondes du revêtement épithélial (1).

En présence des divergences de vue des auteurs en ce qui concerne l'origine parasitaire de cette affection, nous nous sommes rangés à l'opinion de Ferréol qui considère la maladie comme une hypertrophie piliforme essentielle de la couche épithéliale et nous avons pensé que les rayons X, qui possèdent une action particulière sur la vitalité des cellules épithéliales jeunes, devaient dans ce cas amener leur déchéance et rendre à la muqueuse son aspect normal. Le résultat obtenu nous semble intéressant, tant par l'efficacité du procédé, que par l'absence de récidive jusqu'à ce jour. Nous ne tirons aucune conclusion de ce fait unique ; de nouvelles observations positives apporteront certainement une confirmation à notre thérapeutique.

*Observation.* — Docteur X... à V... Langue noire typique, véritable champ de poils qui se courbent sous le doigt comme la moisson sous le vent ; coloration brunâtre à la superficie, blonde à la racine ; la coloration noire véritable n'existe qu'à la base de la langue, au niveau du V lingual. Longueur des poils, 10 millimètres sur les bords et 15 millimètres au centre. Début : il y a neuf ans environ.

*Traitement.* — 21 novembre, 1re séance, 3 H non filtrés.

30 novembre, 2e séance, 3 H. non filtrés.

12 décembre, 3e séance, 4 H. Il semble qu'en certains endroits les poils s'arrachent plus facilement.

22 décembre, 4e séance, 4 H. Les poils tombent par place ; au dessous, la muqueuse semble reprendre son aspect normal.

10 janvier 1909. La langue est un peu douloureuse, mais les poils sont tombés complètement, sauf au niveau V lingual plus difficilement accessible. Pas d'application.

15 janvier, 5e séance, 3 H. A l'aide du petit localisateur de Drault, on envoie des rayons sur la partie la plus reculée de la langue où subsistent encore quelques productions épithéliales.

(1) Besnier, Brocq, Jacquet, *Pratique dermatologique.*

2 février. La muqueuse est blanchâtre, mais ne présente plus de poils. La coloration est due à l'usage du tabac que le malade n'a pas consenti à suspendre et aussi à l'état de ses sécrétions gastriques.

10 mars. Les poils n'ont pas reparu.

3 octobre 1909. Depuis le 2 février la guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui, quoique le malade ne fume pas exclusivement du tabac dénicotinisé et que la régularité du régime alimentaire soit lettre morte chez lui. Les crises d'hyperchlorhydrie sont encore assez fréquentes cependant pour que l'on puisse penser que l'acidité du milieu n'ait pas subi une grande diminution.

La modification de la muqueuse a donc été obtenue en deux mois environ. La dose absorbée a été de 17 H répartis en cinq séances.

## REVUE CLINIQUE

**Les pachypleurites et les pleurésies intarissables,** par M. le professeur Dieulafoy (1).

La plèvre peut fabriquer et refabriquer en quelques jours une très grande quantité de liquide. Au cours de pleurésies aiguës et banales, il n'est pas rare de voir l'épanchement s'accroître journellement de plusieurs centaines de grammes. Parfois même le liquide se reforme si vite que, quatre ou cinq jours après la thoracentèse, la plèvre est de nouveau remplie. C'est un fait que j'ai plusieurs fois constaté, et le cas suivant, publié par M. Graux (2), en est un remarquable exemple :

Il s'agit d'une jeune femme qui, arrivée au terme de sa grossesse, est prise d'une pleurésie droite avec épanchement si considérable que la dyspnée menace de se terminer par suffocation ou par syncope. Evidemment, la thoracentèse est urgente ; mais, comme la jeune femme est en plein travail, on n'ose pas opérer; on redoute un accident. D'autre part, on se demande si l'accouchement pourra se bien terminer, car la malade est en proie à une telle dyspnée que tout effort d'expulsion parait impossible. Bref, on est fort perplexe.

Heureusement, l'accouchement se fait en quelques heures, sans incident fâcheux. Trois jours après, on pratique la thoracentèse et on retire lentement, avec temps d'arrêt, 5 litres de liquide séro-fibrineux. La malade en éprouve un très grand soulagement et tout va bien, mais, dès le cinquième jour, la plèvre est de nouveau remplie, la suffocation et l'état syncopal deviennent menaçants, et on pratique une deuxième thoracentèse qui donne issue à 5 litres de liquide.

Même résultat qu'après la première ponction : grande amélioration, mais, en quelques jours, le liquide se reforme, la plèvre est encore pleine, les accès de suffocation reparaissent, et on pratique une troisième thoracentèse qui donne 4 litres 1/2 de liquide.

A dater de ce moment, l'épanchement pleural se reproduit avec une telle rapidité qu'on est obligé de pratiquer, à intervalles plus ou moins rapprochés, une série de ponctions, si bien qu'en moins de deux mois la nouvelle accouchée a été ponctionnée 15 fois, la plèvre ayant fabriqué en un si court espace de temps 40 litres de liquide. La pleurésie s'est terminée par la guérison, mais l'évolution ultérieure d'une tuberculose pulmonaire a démontré que cette pleurésie était, en réalité, de nature tuberculeuse.

Non seulement la plèvre peut fabriquer rapidement et coup sur coup une forte quantité de liquide, mais cet état pathologique peut s'éterniser pendant un grand nombre d'années, pendant 10 ans, pendant 20 ans, et plus encore; il semble vraiment que le liquide pleural soit inépuisable ; aussi les pleurésies de ce genre me paraissent-elles mériter le nom de *pleurésies intarissables*, ainsi que le prouvent les deux cas dont je vais maintenant donner la description.

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine dans la séance du mardi 7 juin 1910.

(2) G. Graux, *Union médicale*, 1883.

Voici le premier cas : il y a 10 ans, le 2 février 1900, le nommé Blanchet, âgé de 35 ans, vient à l'Hôtel-Dieu consulter notre regretté collègue Brissaud. Cet homme, d'une santé jusque-là excellente, avait été pris de point de côté à droite, avec fièvre et essoufflement. Bref, il était atteint de pleurésie. Brissaud reçoit le malade dans son service, la thoracentèse est pratiquée et on retire un litre de liquide légèrement sanguinolent. A partir de ce moment, l'épanchement pleural se reforme en abondance et avec ténacité ; certaines ponctions donnent issue à 2 ou 3 litres de liquide, et, dans le courant de l'année 1900, on pratique 13 ponctions qui donnent un total de 27 litres (1).

A dater de la sixième ponction, l'état général s'était tellement amélioré que Blanchet avait quitté l'hôpital pour aller reprendre son commerce de marchand de vin. Quand il se sentait oppressé, il savait à quoi s'en tenir, il venait à l'hôpital se faire ponctionner et, aussitôt après la thoracentèse, il rentrait chez lui faire un bon repas et se remettre au travail.

Pensant que ce cas un peu insolite pouvait m'intéresser, Brissaud eut l'obligeance de m'adresser le malade. Je l'examinai, je constatai l'existence d'une pleurésie chronique avec reproduction indéfinie du liquide, mais je fus incapable de formuler rien de précis sur la cause de cette pleurésie. Quand l'essoufflement devenait gênant, Blanchet arrivait dans mon service pour nous demander une ponction; il se plaçait à cheval sur une chaise, on faisait usage de l'aiguille n° 2 ou de l'aiguille n° 3 de l'aspirateur, on retirait 2 litres, 2 litres 1/2, 3 litres de liquide, et, aussitôt après, l'opéré nous quittait pour aller déjeuner et pour vaquer à ses occupations. On pratiqua ainsi, en 1901, 12 ponctions qui donnèrent issue à 32 litres d'un liquide tantôt rougeâtre, tantôt verdâtre (2). Notre homme gardait les apparences de la santé il ne toussait pas, il n'avait pas de fièvre, l'appétit était excellent, tous les organes étaient en bon état. Rien ne pouvait nous autoriser à soupçonner la tuberculose.

En 1902, la situation ne fut en rien modifiée ; Blanchet venait nous voir à peu près tous les mois, dès qu'il se sentait essoufflé, si bien qu'on pratiqua dans le courant de cette année 11 ponctions qui donnèrent issue à 27 litres 1/2 d'un liquide dont la coloration variait du brun au gris-verdâtre. La plèvre était très épaissie (pachypleurite); on s'en rendait compte d'aprés la sensation qu'on éprouvait en poussant profondément l'aiguille aspiratrice à travers un tissu résistant et fibroïde.

(1) Ci-joint le tableau détaillé des ponctions faites en l'année 1900.

*Année* 1900

| | |
|---|---|
| 5 Février | 1 litre |
| 16 Fevrier | 1,500 |
| 3 Mars | 1,400 |
| 24 Mars | 1,500 |
| 28 Avril | 1,400 |
| 25 Mai | 2,200 |
| 12 Juin | 2,400 |
| 14 Juillet | 3,100 |
| 24 Août | 3,250 |
| 19 Septembre | 2,100 |
| 12 Octobre | 2 |
| 5 Novembre | 2,500 |
| 20 Décembre | 2,650 |
| 13 ponctions. | 27 litres |

(2) *Année* 1901

| | |
|---|---|
| 17 Janvier | 2l 650 |
| 14 Février | 2,900 |
| 5 Mars | 2,100 |
| 3 Avril | 2,700 |
| 11 Mai | 3,200 |
| 19 Juin | 3 |
| 23 Juillet | 2,700 |
| 5 Septembre | 3,200 |
| 10 Octobre | 2,700 |
| 5 Novembre | 2,500 |
| 27 Novembre | 2,100 |
| 17 Décembre | 2,600 |
| 12 ponctions | 32l 350 |

En 1903, on pratiqua 12 fois la thoracentèse et on retira de la plèvre 31 litres 1/2 d'un liquide qui avait presque toujours l'apparence de liquide purulent.

En 1904, la quantité de liquide fut encore plus considérable; on pratiqua 13 ponctions qui donnèrent issue à 33 litres 1/2 d'un liquide purulent, dont l'odeur était parfois extrêmement fétide. Chose remarquable, cette pleurésie durait depuis 5 ans sans porter la moindre atteinte à la santé. Blanchet était fier de nous montrer ses muscles d'athlète et son large thorax. Comme force et comme vigueur il en aurait, disait-il, remontré à ses ouvriers; il était capable, à lui seul, de redresser une barrique de vin ; il pouvait, sans l'aide de personne, soulever sur son dos un billard de 650 kilos, dont il calait l'un des pieds. A l'occasion, il chargeait sur ses épaules un meuble qu'il montait au quatrième étage. Il se levait le matin à 5 heures pour aller, à pied, faire ses emplettes aux Halles, et il travaillait 15 heures par jour. Mais, par exemple, quand la respiration était trop courte, il venait nous trouver. Alors, on vidait sa plèvre et il repartait aussitôt sans même prendre une heure de repos.

En 1905, on fait 12 ponctions et on retire 30 litres 1/2 de liquide.

En 1906, 10 ponctions donnent issue à 21 litres 1/2 de liquide. L'état général est toujours excellent.

En 1907, nous constatons une certaine amélioration; la thoracentèse n'est pratiquée que 7 fois et la quantité de liquide retiré de la plèvre ne dépasse pas 11 litres. Le liquide a toujours les mêmes caractères, il est purulent et fétide. En pratiquant la ponction, on a toujours la sensation que l'aiguille aspiratrice traverse une carapace pleurale épaisse et indurée.

En 1908, l'amélioration s'accentue; on ne pratique que 5 ponctions qui donnent issue à 10 litres de liquide purulent.

L'amélioration est encore plus manifeste en 1909; on ne fait plus que 4 ponctions et on ne retire que 4 litres de liquide toujours purulent et fétide. L'auscultation permet de constater que la respiration n'est pas abolie dans toute l'étendue du poumon et une radiographie faite par M. Lacaille confirme les résultats de l'auscultation.

L'année 1910 s'annonce bien; les quatre ponctions qui ont été faites jusqu'ici ont donné 4 litres de liquide. Blanchet nous fait remarquer que depuis quelque temps, il peut se coucher sur le côté gauche aussi bien que sur le côté droit, alors que depuis dix ans il ne pouvait dormir que sur le côté de la pleurésie.

En résumé, voilà un homme qui est atteint d'une pachypleurite dont l'épanchement se reforme avec une telle ténacité que, depuis 10 ans, on a dû pratiquer une centaine de ponctions qui ont donné issue à 230 litres de liquide. C'est plus que l'équivalent d'une barrique bordelaise.

La plèvre doit avoir environ 2 centimètres d'épaisseur, si l'on en juge par la profondeur à laquelle il faut enfoncer l'aiguille aspiratrice et par la sensation de résistance qu'on éprouve pendant que l'aiguille traverse le tissu induré. Dans cette carapace fibroïde, peut-être incrustée de sels calcaires, s'épanche un liquide qui a été tour à tour hémorragique, purulent et très fétide.

Ce qui est assez surprenant, c'est que Blanchet n'a aucune déformation de sa cage thoracique; il n'y a aucune différence entre le côté gauche et le côté droit du thorax; on ne constate ni abaissement de l'épaule droite, ni

affaissement des côtes, ni déviation de l'appendice xiphoïde, ni atrophie des muscles thoraciques, ni, en un mot, aucune des déformations qui sont si fréquentes dans bon nombre de pleurésies, pour peu que ces pleurésies aient duré quelques mois.

Notons aussi l'absence d'œdème des parois thoraciques, alors que cet œdème est un des signes les plus constants des pleurésies purulentes.

Il y a lieu également d'être surpris que Blanchet ait conservé une excellente santé. Voilà un homme qui depuis 10 ans a subi plus de 100 fois l'opération de la thoracentèse ; sa plèvre a fabriqué 230 litres de liquide (1) ; ce liquide est depuis des années purulent et fétide, et, malgré tout, l'homme est resté robuste, vigoureux, bien musclé, comme si la pachypleurite évoluant pour son propre compte n'avait aucun retentissement sur le reste de l'économie. Blanchet n'éprouve qu'un seul symptôme, c'est l'essoufflement qui survient quand le sac pleural est trop plein : mais on vide le sac pleural et tout va bien.

*Quelle est donc la nature de cette singulière pleurésie ;* est-elle aseptique ou est-elle virulente, contient-elle des microbes et quels sont ces microbes ? C'est ce que nous allons examiner :

Depuis bien des années le liquide de cette pleurésie a été étudié dans notre laboratoire et, suivant les périodes où cette étude a été faite par nos chefs de laboratoire, MM. Nattan-Larrier, Gauthier, Le Play, Sézary, etc., le résultat des examens a été quelque peu variable. Voici le résumé des dernières recherches faites par M. Sézary avec le pus fétide de la pleurésie :

1° *Examen à l'ultra-microscope.* — Cet examen, qui est reproduit sur la planche ci-dessous, montre des corpuscules animés de mouvements browniens, des cellules et des microbes.

Les cellules sont d'une part des globules blancs, et d'autre part, des cellules endothéliales.

Les globules blancs sont bourrés de nombreuses granulations très réfringentes qui masquent le noyau. Parmi ces globules blancs, les uns sont entiers, les autres sont en voie de désagrégation.

Les cellules endothéliales sont isolées, ou réunies en placards plats. Leurs contours sont polygonaux à noyaux petits et arrondis. Leur protoplasma n'est ni vacuolaire, ni granuleux. Il contient parfois des microbes.

Sur la préparation, on distingue deux variétés de microbes :

D'une part, des cocci groupés en chaînettes, qui ont l'aspect typique du streptocoque.

D'autre part, d'une façon prédominante, des bacilles de tailles très diverses, courts ou allongés, quelquefois isolés, le plus souvent groupés par deux ou disposés en chaînettes de 3, 4 et 5 éléments. A l'éclairage latéral, ces microbes ne paraissent pas encapsulés, mais leur capsule apparaît nettement sur des préparations colorées au bleu de méthylène.

*Cultures.* — Les cultures ont été faites sur milieux aérobies et sur milieux anaérobies.

A. — L'ensemencement en milieux aérobies a été fait sur gélose inclinée, dans du bouillon peptoné et dans du lait.

(1) Nombre de ponctions et quantité de liquide retiré de la plèvre en 10 ans

| | | |
|---|---|---|
| 1900. | 13 ponctions | 27l |
| 1901. | 12 — | 32l |
| 1902. | 11 — | 27l 1/2 |
| 1903. | 12 — | 31l 1/2 |
| 1904. | 12 — | 33l 1/2 |
| 1905. | 12 — | 30l |
| 1906. | 10 — | 21l 1/2 |
| 1907. | 7 — | 11l |
| 1908. | 5 — | 10l |
| 1909. | 4 — | 4l |
| 1910. | 4 — | 2l |
| | 101 ponctions | 230l |

Sur gélose inclinée apparaissent, après 24 heures, des colonies luxuriantes, arrondies, gris jaunâtre. On prélève une partie de colonie on colore, et à l'examen on voit des bacilles de longueur inégale, encapsulés, isolés, accouplés ou disposés en chaînettes. Ils se colorent facilement par le violet de gentiane, à l'encontre de ce qu'on observait avant leur culture. Ils ne prennent pas le Gram. Ces caractères permettent de diagnostiquer le *pneumobacille* de Friedlander.

A côté des colonies luxuriantes, on en distingue d'autres qui sont punctiformes et discrètement réparties sur le milieu de culture. L'examen montre qu'elles sont formées de *streptocoques* typiques. Réensemencées sur gélose, elles donnent de nouveau des cultures pures de streptocoques dont les colonies présentent l'aspect caractéristique de grains de semoule.

Dans la culture sur bouillon peptoné, on observe, au bout de 24 heures, un trouble très marqué. L'examen direct et les réensemencements ne montrent que les deux espèces précédemment décrites, ils n'en révèlent pas d'autre.

Le lait ensemencé ne se coagule pas.

B. — *Cultures sur milieux anaérobies.* — L'ensemencement du pus sur gélose profonde glucosée provoque, au bout de 24 à 36 heures, de nombreuses bulles de gaz dans les tubes ensemencés. Les bacilles de cette culture sont analogues à ceux qui ont poussé sur gélose aérobie, ce sont des pneumobacilles. Ce fait n'a rien de surprenant, le pneumobacille étant à la fois aérobie et anaérobie.

L'ensemencement du pus en bouillon anaérobie, surmonté d'une couche d'huile stérilisée, donne également du pneumobacille.

En résumé, les cultures aérobies et anaérobies faites avec la pleurésie purulente de Blanchet y ont démontré la présence du streptocoque et du pneumobacille. Or, les pleurésies qui ont pour agents l'un ou l'autre de ces microbes sont habituellement des pleurésies franchement virulentes. On sait combien sont souvent redoutables les pleurésies à streptocoques. On sait, également, que le pneumobacille peut déterminer des pleurésies purulentes qui ressemblent beaucoup, cliniquement, aux pleurésies à pneumocoques (1).

Alors, comment se fait-il qu'une double infection pleurale, à streptocoque et à pneumobacille, n'ait donné lieu chez notre malade, à aucune des complications qui sont si fréquemment l'apanage des pleurésies purulentes ?

Comment se fait-il que le pus de cette pleurésie n'ait jamais cherché à se faire jour, soit à travers un espace intercostal, soit à travers les bronches sous forme de vomique ? Comment se fait-il qu'on n'ait jamais constaté la formation d'un pyopneumothorax ?

Comment se fait-il enfin que pareille pleurésie ait pu évoluer pendant un si grand nombre d'années sans que le porteur de ce liquide purulent et fétide ait en rien ressenti les atteintes d'une toxi-infection ?

Il y a là une situation paradoxale qu'il faudrait essayer d'expliquer. Peut-être pourrait-on en trouver la raison dans le degré de virulence des microbes de cette pleurésie. C'est ce que nous allons examiner :

On sait que l'érysipèle, la suppuration, la septicémie sont des accidents qui succèdent fréquemment à l'inoculation d'un streptocoque virulent à l'oreille du lapin. Or, chez les lapins inoculés avec le liquide pleural de notre malade, on n'a constaté qu'une légère rougeur de l'oreille, un érythème passager, sans autre lésion et sans autre conséquence. Ceci prouverait que la virulence du streptocoque de Blanchet est fort atténuée.

D'autre part, le pneumobacille de Friedlander est lui aussi, un microbe dont la virulence est parfois très grande. La souris en est le réactif de choix. L'inoculation de cultures ou d'exsudats pathologiques sous la peau de l'animal détermine en deux ou trois jours un œdème visqueux au point d'inoculation ; la mort en est parfois la conséquence et le microbe se retrouve dans le sang sous forme de diplocoques ou de bacilles courts et encapsulés.

Or, les inoculations faites aux souris avec le liquide de la pleurésie purulente de Blanchet n'ont porté aucune atteinte à la santé de ces animaux.

Ces différentes expériences prouvent que le streptocoque et le pneumobacille de la pleurésie purulente de Blanchet sont des microbes *à virulence fort atténuée.* Ils n'ont aucun retentissement fâcheux sur l'économie. Nous comprenons maintenant pourquoi ils n'ont suscité dans la cavité pleurale aucun processus à tendance ulcéreuse ou perforante, nous nous expliquons pourquoi ils n'ont déterminé ni vomique, ni pyopneumothorax. Toutefois ils ne sont pas étrangers au travail de défense qui a abouti à la formation de la pachypleurite, véritable carapace qui enserre le poumon et qui complique singulièrement le traitement, ainsi que nous le verrons dans un instant.

Passons actuellement à notre deuxième cas de pachypleurite avec pleurésie intarissable. Il s'agit d'un homme de 59 ans, nommé Bacquia, qui eut il y a 21 ans une pleurésie droite. Il fut consulter M. Mathieu, qui était alors médecin du bureau central. L'épanchement ayant été jugé très abondant, on envoya le malade à l'hôpital Tenon, et la thoracentèse, pratiquée d'urgence, donna issue à une grande quantité de liquide séro-fibrineux. Mais le liquide se reforma très rapidement et on dut pratiquer une deuxième thoracentèse.

Après cette double ponction, le malade se sentit si amélioré qu'il quitta l'hôpital. Sa santé était, en effet, excellente ; il vaquait sans fatigue à ses occupations ; néanmoins, le liquide pleural se reformait avec ténacité. Aussi, plusieurs fois par an, Bacquia était-il obligé de se rendre à l'hôpital pour se faire débarrasser de son liquide. On faisait la ponction, et, le jour même ou le lendemain, l'opéré rentrait chez lui pour exercer son petit négoce.

Cette pleurésie séro-fibrineuse s'éternisa un grand nombre d'années sans altérer la santé ; il n'y avait ni fièvre, ni amaigrissement, les forces ne déclinaient pas, et l'essoufflement, qui s'accentuait graduellement, était le seul symptôme qui indiquât que le moment était venu de faire une nouvelle ponction. C'est ainsi que, dans l'espace de 18 ans, la thoracentèse fut pratiquée une centaine de fois sans aucun incident.

Mais, il y a 2 ans 1/2, le liquide changea de nature, et, en septembre 1907, l'un de nos internes, M. Sézary, constata, en faisant la ponction, que le liquide était devenu sanguinolent. L'examen histologique de ce liquide démontra l'existence d'une notable proportion de lymphocytes. En mars 1908, Bacquia entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour se faire ponctionner, et la pleurésie était toujours sanguinolente. Depuis cette époque, nous l'avons revu à intervalles plus ou moins éloignés, on a pratiqué plusieurs fois la thoracentèse et le liquide garde sa teinte hémorragique. La plèvre est extrêmement épaissie (pachypleurite). Il suffit pour s'en convaincre, de voir à quelle profondeur il faut enfoncer l'aiguille aspiratrice avant de rencontrer le liquide pleural, et on a la sensation que l'aiguille aspiratrice traverse une coque pleurale très épaisse.

(1) BEZANÇON. — *Microbiologie clinique*, p. 196.

Voilà donc une pleurésie qui dure depuis 20 ans. Pendant 18 ans, elle a été séro-fibrineuse et, depuis 2 ans 1/2, elle est sanguinolente. On a pratiqué plus de 100 fois la thoracentèse, on a retiré comme chez Blanchet plus de 230 litres de liquide et l'économie supporte sans révolte cet étrange émonctoire. La température reste normale, l'appétit ne faiblit pas, et cet homme, qui exerce la profession de camelot, ne mène pas la vie d'un malade tant que son épanchement n'est pas trop abondant. Mais à mesure que le liquide augmente dans la plèvre, la toux et l'essoufflement reparaissent, et ces symptômes cessent ou s'amendent après la thoracentèse.

En examinant cet homme, on est un peu étonné de voir que la conformation de sa cage thoracique n'a pas subi de déformations. Le thorax est bien musclé, l'épaule droite n'est pas abaissée et les côtes ne sont pas dejetées en dedans.

Quelle est donc la nature de cette pleurésie qui dure depuis plus de 20 ans ? Est-elle tuberculeuse ? Cliniquement, on ne constate aucun signe, aucun symptome de tuberculose. Toutefois, il faut s'adresser aux recherches du laboratoire pour essayer d'éclaircir la nature de cette pleurésie, et voici les résultats qui ont été obtenus il y a deux ans par un de nos chefs de laboratoire, M. Le Play.

Le liquide hémorragique, après centrifugation, se sépare en deux parties : l'une supérieure, l'autre inférieure qui représente à peine la dixième partie de la totalité du liquide. La partie supérieure a une teinte rosée qui est due à un certain degré d'hémolyse. La partie inférieure, boueuse, est formée de globules rouges et de rares leucocytes. On ne constate aucune formation de caillots, même après plusieurs jours. L'examen histologique d'une goutte prélevée au fond du tube montre des globules à peu près normaux, seulement un peu gonflés. La proportion des leucocytes est infime. Il n'y a aucune tendance à la suppuration.

Une culture de 5 à 10 centimètres de liquide pleural, dans des ballons à fond plat, contenant 250 centimètres cubes de bouillon peptoné ou de bouillon glycériné, est restée stérile. Il en a été de même des cultures en milieux anaérobies.

L'inoculation de 5 à 10 centimètres cubes de liquide pleural dans la cavité péritonéale du cobaye n'a provoqué aucun phénomène réactionnel appréciable. Uen nouvelle inoculation faite le 17 septembre 1905 est également restée sans résultat L'année précédente, M. Gaultier avait pratiqué une inoculation dans les mêmes conditions, et aucune de ces inoculations n'a été suivie de tuberculose.

La cutiréaction et l'intradermoréaction pratiquées par M. Crouzon sur le bras gauche de notre malade sont, elles aussi, restées négatives; on n'a constaté aucune réaction locale.

Tout récemment, le liquide de cette pleurésie a été examiné par M. Sézary.

A l'ultramicroscope, on ne constate aucun microbe. Au microscope, après coloration à l'éosine, on voit des globules rouges crénelés et de très rares mononucléaires, mais aucun microbe n'apparait.

Des cultures faites en milieu aérobie et en milieu anaérobie sont restées stériles.

L'inoculation intra-péritonéale au cobaye a été négative. Toutes ces recherches concordent avec les recherches antérieures ; elles permettent, je crois, d'écarter l'hypothèse d'une tuberculose actuelle, et, d'autre part, vu l'absence de microbes dans le liquide, absence constatée à plusieurs reprises et à plusieurs années d'intervalle, il nous est impossible de dire quelle est la nature de cette pachypleurite.

En résumé, la pleurésie de Blanchet et la pleurésie de Bacquia sont deux exemples remarquables de pachypleurite avec liquide pleural jusqu'ici intarissable. L'une de ces pleurésies dure depuis dix ans, l'autre dure depuis vingt ans. Dans les deux cas on a dû pratiquer plus de cent fois la thoracentèse et dans les deux cas on a retiré une quantité de liquide qui est l'équivalent d'une barrique bordelaise.

Malgré tout, l'état général de ces deux hommes est resté bon, Blanchet, solide et robuste, ne craint pas de rouler lui-même ses tonneaux de vin. Bacquia, intelligent et inventif, exerce avec succès sa profession de camelot. Chez l'un et chez l'autre, tout va bien, à la condition que le sac pleural soit vidé en temps voulu.

Les pleurésies de ces deux hommes ne sont nullement comparables au point de vue de la nature du liquide. Chez Blanchet, la pleurésie est purulente et fétide, le streptocoque et le pneumobacille en sont les agents, mais la virulence fort atténuée de ces microbes explique la bénignité relative de la maladie.

Chez Bacquia, la pleurésie a été séro-fibrineuse pendant 18 ans et elle est sanguinolente depuis 2 ans et demi. Le liquide est absolument stérile et toutes les recherches qui ont été faites en vue de déceler la nature de cette pleurésie sont restées infructueuses.

La pachypleurite de Blanchet et de Bacquia doit avoir une très grande épaisseur, elle est peut-être incrustée de sels calcaires ainsi qu'on l'observe si souvent au cours des pachypleurites. On en trouve de nombreuses observations dans un travail de M. Poulalion (1) et dans une publication de MM. Tuffier, Jardry et Gy (2). Notre collègue M. Letulle a fait récemment une étude des plus importantes sur l'anatomie pathologique des pachypleurites (3), et je présente à l'Académie une belle pièce de pachypleurite que M. Letulle a eu l'obligeance de mettre à notre disposition. On y voit que la pachypleurite est généralisée à toute la plèvre viscérale et pariétale.

Reste la question du *traitement.* Quel traitement peut-on opposer à de pareilles pachypleurites ? En face d'une plèvre épaisse et résistante qui enserre le poumon dans une coque inextensible, ce qui paraît rationnel, c'est de pratiquer la décortication du poumon d'après la méthode qui nous a été exposée ici, à l'Académie, par notre collègue M. Delorme, une première fois en 1894, et une seconde fois en 1907 à propos d'un rapport sur un cas heureux de M. Picqué.

L'opération, nous dit M. Delorme, consiste à faire sur la paroi antéro-latérale du thorax un large volet thoracique. On incise avec précaution la coque épaisse qui emprisonne le poumon en ayant soin de ne pas dépasser la surface du parenchyme. Puis, avec des instruments mousses ou avec les doigts, on dégage la coque pleurale, on la libère et on l'excise le plus loin et le plus complètement possible. Si le poumon est dilatable, il vient dans une forte expiration au contact de la paroi thoracique. Cette méthode de décortication a donné à M. Delorme et à M. Picqué de remarquables résultats.

Mais, pour entreprendre cette opération, il faut être fixé préalablement, dit M. Delorme, sur l'état de dilatabilité du poumon, ainsi que sur l'épaisseur et la résistance de la membrane encapsulante. Ces renseignements peuvent être donnés dans certaines circonstances par la radioscopie et par la radiographie.

Les succès opératoires qui ont été obtenus dans quelques cas sont fort encourageants, mais quand on se trouve en face de gens, comme Blanchet et Bacquia, qui ne sont sous le coup d'aucun accident grave et qui supportent admirablement leur pachypleurite, à la condition que le liquide soit vidé en temps voulu, on se demande s'il faut penser à une décortication, d'autant plus que leur pachypleurite durant depuis des années, la coque pleurale doit être très épaisse, très étendue, et sans doute fort adhérente au poumon.

Je sais bien que le traitement auquel sont soumis Blanchet et Bacquia est un traitement qui n'a que bien peu de chances d'aboutir à la guérison, et cependant l'amélioration qui se produit chez eux est assez manifeste, car, d'année en année, le liquide se reproduit avec moins d'abondance, et par analogie je me reporte à un fait du même genre qui se termina par la guérison. Voici ce fait en raccourci :

Le 10 mai 1880, je recevais un mot fort urgent de mon maître, M. Potain, me demandant de venir le joindre immédiatement auprès d'un malade qui lui avait été adressé de Nice par M. Thaon. Je trouvai le malade en proie à un dypsnée tellement violente que l'asphyxie était menaçante. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années, avait depuis longtemps une pleurésie gauche à laquelle il s'était tant bien que mal habitué. Il n'avait jamais voulu entendre parler d'opération, et il menait une existence assez précaire, vivant et voyageant avec sa pleurésie.

Devant l'imminence actuelle du danger, M. Potain me chargea de pratiquer séance tenante la thoracentèse. Je fis la ponction avec l'aiguille n° 3 de l'aspirateur, et, avant de trouver le liquide, profondément situé, je dus traverser des tissus tellement épais, tellement indurés, qu'il était manifeste pour nous que nous avions affaire à une pachypleurite depuis longtemps constituée. Je retirai 2 litres de liquide purulent sans odeur.

La crainte d'asphyxie fut conjurée, mais 15 jours plus tard le liquide s'était reformé ; je dus faire une nouvelle ponction, et, dans le courant de l'année 1880, je pratiquai six fois la thoracentèse en traversant chaque fois une carapace pleurale fort épaisse.

Grâce à ce traitement notre malade se trouvait bien, et peu à peu il avait repris sa vie habituelle. Avec une pareille pachypleurite il ne pouvait être question de l'opération de l'empyème, et nous fûmes d'avis, M. Potain et moi, de nous en tenir, faute de mieux, à la thoracentèse pratiquée aussi souvent qu'elle serait nécessaire.

En 1881, 5 ponctions.
En 1882, 4 ponctions.
En 1883, 3 ponctions.
En 1884, 2 ponctions.
En 1885, 1 ponction, et ce fut la dernière.

Le liquide purulent avait été tari en 6 ans, après 21 ponctions, le malade était guéri, et j'ajoute que nous fûmes assez surpris, M. Potain et moi, du résultat obtenu. Lors des dernières thoracentèses, la quantité de liquide était de moins en moins abondante. Dans le cours de ce traitement, je n'attendais pas pour pratiquer la thoracentèse que l'épanchement eût repris de fortes proportions ; j'allais à la recherche de l'épanchement et je le vidais alors qu'il était encore peu abondant. De cet façon le poumon pouvait reprendre plus facilement ses fonctions. C'est en pareil cas qu'il serait également utile de prescrire aux malades la gymnastique respiratoire sur laquelle M. Delorme insiste avec raison.

Malgré tout, je dois dire que le traitement des pachypleurites par les ponctions répétées avec ou sans injections modificatrices est un traitement qui n'est rationnel que lorsqu'on ne peut pas faire autrement, tandis que la

(1) POULALION. — *Soc. anat.*, Juillet 1890.
(2) TUFFIER. JARDY et GY. — *La calcification pleurale.* Revue de chirurgie, 1907.
(3) LETULLE. — *Anatomie pathologique des pachydermes.* Soc. anat., mai 1910.

décortication, quand elle est possible, me paraît être le traitement de choix. Seulement, je n'ai pas la compétence voulue pour en poser les indications et les contre-indications et je fais appel à l'obligeance de nos collègues, et en particulier à M. Delorme, pour leur demander de vouloir bien nous aider de leurs conseils.

## REVUE D'HYDROLOGIE

**De la recherche des substances fluorescentes dans quelques eaux minérales**, par M. E. DIENERT. (*Acad. des Sciences.*)

Dans nos précédentes Notes (1), nous avons signalé la présence de substances fluorescentes, d'origine organique, dans les eaux superficielles et souterraines. Nous nons proposons, dans cette Note, d'indiquer les résultats des recherches de ces substances dans quelques eaux minérales des régions de Vichy, Clermont-Ferrand, des Monts Dore et de Spa (2).

Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau ci-dessous (3) :

On tire de ce tableau les conclusions suivantes :

A. Toutes les eaux étudiées contiennent des substances fluorescentes, mais la plupart en très faible quantité;

B. Très souvent, on trouve que plus la température est élevée, moins il y a de substances fluorescentes;

C. Les substances fluorescentes sont d'autant plus rares que le résidu fixe des eaux est plus élevé;

D. A Spa, la quantité de substances fluorescentes est d'autant plus faible que la source est mieux captée. Cette remarque semble générale et peut être appliquée aux autres sources ;

E. Parmi les eaux étudiées, ce sont celles du Mont-Dore qui sont les moins fluorescentes, et les eaux goudronneuses sont les plus riches en ces substances.

(1) *Comptes rendus*, 25 mai 1908 et 21 février 1910.

(2) Ces eanx ont été prélevées par nous-mêmes anx griffons de la source, tontes les fois qne ce fut possible, on à la vasqne de l'établissement thermal qnand le griffon était inaccessible. Grâce à l'amabilité dn Dr Parkin, nous pûmes également étndier les eaux des sonrces de Spa.

(3) Toutes ees eanx, sanf la source goudronnense Gassion, de Clermont-Ferrand, furent, ponr ces reeherches évaporees au 1/30 de lenr volume.

| Sources | Températnre | Résidu fixe en grammes | Quantité de fluorescéine (4) |
|---|---|---|---|
| Vichy : | | | |
| Grande-Grille .. | 43° | 5,02 | $5,9 \times 10^{-4}$ |
| Hôpital ....... | 34° | 5,18 | $12,4 \times 10^{-4}$ |
| Mesdames...... | 15° | » | $8,8 \times 10^{-4}$ |
| Célestins ....... | froide | 4,77 | $31,9 \times 10^{-4}$ |
| Lucas......... | 28° | 5,02 | $10,6 \times 10^{-4}$ |
| Saint-Yorre : | | | |
| Jacquin ....... | 15° | » | $7,0 \times 10^{-4}$ |
| Larbaud ....... | 15° | » | $13,0 \times 10^{-4}$ |
| Mont-Dore : | | | |
| Margueritte .... | froide | 2 gr. à 3 gr. par litre | $4,7 \times 10^{-4}$ |
| Madeleine ...... | entre 38° et 47° | | $10,6 \times 10^{-4}$ |
| César......... | | | $4,7 \times 10^{-4}$ |
| Ramond........ | | | $8,8 \times 10^{-4}$ |
| St-Nectaire : | | | |
| Papin.......... | 45° à 55° | peu minéralisée | $17,7 \times 10^{-4}$ |
| Morange ....... | 10° à 12° | — | $17,7 \times 10^{-4}$ |
| Parc.......... | 18° | minéralisation moyenne | $12,7 \times 10^{-4}$ |
| Coquille........ | 18° à 24° | forte minéralisation | $12,7 \times 10^{-4}$ |
| Gros-Bouillon... | 37° à 41° | — | $6,3 \times 10^{-4}$ |
| Royat : | | | |
| César ......... | 28° | 2,857 | $29,3 \times 10^{-4}$ |
| Saint-Mart ..... | 31° | 4,474 | $23,6 \times 10^{-4}$ |
| Saint-Victor .... | 20° | 4,782 | $13,6 \times 10^{-4}$ |
| Sainte-Eugénie.. | 35°5 | 5,623 | $19,4 \times 10^{-4}$ |
| Velleda ....... | 14°5 | 0,274 | $50,7 \times 10^{-4}$ |
| Clermont-Ferrand : | | | |
| Gassion ....... | » | » | $354,0 \times 10^{-4}$ |
| La Bourboule : | | | |
| Choussy ..... | 56° | 4,938 | $17,1 \times 10^{-4}$ |
| Croizat........ | » | » | $8,2 \times 10^{-4}$ |
| Spa : | | | |
| Position de Wellington | » | » | $44,2 \times 10^{-4}$ |

(4) Cette fluorescéine est exprimée en milligrammes par litre et donne la même fluorescéine qne les substances contennes dans les eaux ci-dessns (en lnmières ronge-blen).

Ces recherches peuvent être intéressantes, quand il s'agit de faire un captage rationnel des eaux minérales et complètent les caractères indiqués par M. A. Gautier dans sa note du 21 janvier 1910, ponr différencier les eaux minérales des eaux d'origine superficielle.

Nos études actuelles pour différencier les différentes substances fluorescentes ne nons permettent pas encore de classer dans des catégories nettement délimitées celles provenant de la snrface du sol de celles d'origine profonde (2). Nous avons toutefois fait une remarque qui nous paraît présenter le plus grand intérêt. A côté des substances organiques fluorescentes les eaux possèdent d'autres substances organiques dont quelques-unes deviennent fluorescentes par chauffage à 130 degrés pendant trente minutes, action qu'on augmente encore en ajoutant à ces eaux une quantité assez grande d'ammoniaque (5 p. 100). Toutes les eaux, dites potables, et les eaux contaminées augmentent de fluorescence sous l'action de la chaleur, les eaux minérales bien captées que nous avons essayées ne changérent pas de fluorescence.

Ce dernier résultat s'explique fort bien puisque les eaux minérales étudiées avaient été portées dans le sol à une température au moins égale, sinon supérieure à 130 degrés, et il était à prévoir qu'un nouveau chauffage à 130 degrés serait sans effet sur leur fluorescence.

**Origine et nature des eaux minérales**, par M. Paul CARNOT, agrégé, docteur ès-sciences (*Prog. méd.*).

Après avoir parlé jusqu'ici, de la Chimiothérapie minérale, je vais consacrer quelques leçons à l'étude de la *Crénothérapie*, de la *Thalassothérapie* et de la *Climatothérapie*.

Ces conférences seront nécessairement très succinctes ; mais j'espère qu'elles vous donneront une idée sommaire des ressources thérapeutiques que nous offrent les eaux minérales et les cures climatériques, ainsi que des indications et contre-indications générales dont nous pouvons faire bénéficier nos malades.

En effet, ces conférences sommaires ne sont pas destinées à former des médecins hydrologues ; ceux d'entre vous qui voudraient s'installer dans une ville d'eaux devront y parfaire lentement leur éducation : ce n'est qu'à force d'expérience clinique que l'on peut suppléer, par l'observation et les habitudes locales, à l'absence, presque complète encore, de données physiologiques précises sur la Crénothérapie.

Ces conférences s'adressent, par contre, à ceux qui, exerçant la médecine en dehors des villes d'eaux, ont surtout besoin de savoir quelle station convient à tel ou tel de leurs malades; ils n'auront pas à diriger une cure thermale ni à ordonnancer savamment le nombre de verres ou les pratiques hydro-thérapiques indiqués dans un cas déterminé ; mais ils auront, surtout et avant tout, à connaître les indications et les contre-indications de chaque station, à diriger, en connaissance de cause, leurs malades vers celle qui leur convient le mieux et qui peut leur donner le meilleur résultat.

Cependant (et quoique plus accessoirement), il est bon de connaître aussi les pratiques spéciales à telle ou telle station, ne fût-ce que pour répondre aux questions des malades, et pour ne pas faire preuve d'ignorance.

Mais vous devez vous pénétrer de cette idée que, lorsque vous adressez un de vos malades à une station hydro-minérale, ce n'est plus à vous à diriger la cure ; le confrère à qui vous confiez votre malade, a seul, dès lors et pendant le temps strict de la cure, la charge et la responsabilité du traitement : il a, par contre, naturellement, entière liberté d'action. Les médecins d'eaux se plaignent parfois que certains malades leur arrivent avec nn traitement thermal tout ordonnancé ; or, sauf circonstances spéciales, il s'agit là d'une pratique détestable, de nature à gêner grandement l'action du médecin hydrologue, et qui l'expose, soit à contredire et à désavouer le médecin traitant, soit à rester enchaîné par ses paroles et à ne pas pouvoir retirer de la cure thermale son maximum d'effet.

En effet, ce n'est que par nne observation et une habitude quotidiennes de ses eaux que le médecin d'nne station arrive à en connaître les effets, à savoir les doser suivant les cas, suivant le tempérament du malade plutôt encore que, suivant sa maladie, suivant l'effet produit par les premiers résultats dn traitement ; c'est seulement sur place et au jour le jour qu'il pourra se rendre compte de la manière dont on devra conduire la cure. Prescrire, par avance et à distance, sans contrôler l'effet du traitement suivi, nne certaine quantité d'eau, telle ou telle source, telle ou telle pratique de balnéation, est un acte aussi peu logique que de traiter à distance un malade par correspondance.

D'ailleurs, les malades n'ont déjà que trop de tendances à s'affranchir, eux-mêmes, des avis du médecin, et à faire tout seuls leur cure, en copiant le traitement suivi par un voisin ou par un ami ; trop souvent, ils s'imaginent que la cure se fait de façon à peu près uniforme et qu'il n'est pas besoin, pour la suivre, des subtilités de la clinique ; trop souvent, ils ne se doutent même pas que la cure thermale est une arme à deux tranchants, et que, par le fait même qu'elle provoque souvent des réactions utiles, elle peut aussi provoquer des réactions trop vives ou intempestives, dont l'effet final peut être, en réalité, nocif.

Beaucoup d'échecs et d'accidents résultent d'une mauvaise direction imprimée à la cure thermale.

Dans ces conférences, destinées au praticien non spécialiste, nous n'insisterons donc pas longuement sur les pratiques locales et la conduite de la cure en telle ou telle station.

Nous étudierons, d'abord l'origine et la nature des eaux minérales, puis les techniques diverses qui mettent en valeur et complètent l'action physico-chimique de ces eaux, enfin leurs indications et contre-indications pour les diverses affections.

Nous étudierons ensuite les principales stations françaises du Centre, des Pyrénées, des Vosges et des Alpes.

De même, pour la Thalassothérapie et la Climatothérapie, sans entrer dans le détail des méthodes de cure, il est indispensable de faire connaître les actions physiologiques à utiliser, de distinguer les sujets à qui la mer, la montagne sont interdites, les malades à qui convient particulièrement telle station : c'est ce que nous ferons dans les deux dernières leçons.

Etudions, tout d'abord, l'*origine et la nature des eaux minérales.*

Les eaux minérales, souvent hyperthermales, chargées d'émanations encore mal définies, riches en sels et, parfois, en métaux rares, capables de propriétés physiologiques et thérapeutiques étonnantes dont ne rend pas toujours compte ce que nous savons de leur composition, ont, de tout temps, été utilisées thérapeutiquement.

Mais ce n'est que depuis quelques années seulement, que l'on commence à soupçonner leur origine et à entrevoir la natnre de leurs mystérieuses propriétés.

Actuellement, deux théories que l'on oppose souvent et qui, d'après nons, se complètent au contraire, expliquent l'origine des eaux minérales : ce sont les théories neptunienne et plutonienne, artésienne et volcanique.

Dans la *théorie artésienne*, les eaux thermales sont des eaux de surface, semblables à celles des antres sonrces, qui s'infiltrent en pro-

fondeur et remontent ensuite, réchauffées et minéralisées : cette théorie paraît, actuellement, incapable, à elle seule, de satisfaire l'esprit et n'explique pas, en tout cas, la puissance si remarquable de ces eaux.

La *théorie volcanique*, au contraire, qui attribue aux eaux minérales une origine synthétique profonde, qui les fait répandre éruptivement à la surface, chargées des émanations et des énergies du feu central, est autrement puissante, autrement poétique et répond autrement à l'impression de force inconnue que nous en avons.

Examinons successivement ces deux théories.

A. Théorie artésienne.

La *théorie artésienne* est, en réalité, fort simpliste: les eaux d'infiltration pénètrent entre les couches perméables du sol, jusqu'à une certaine profondeur : elles sont arrêtées par une pression antagoniste qui s'oppose à leur propre pression, ou bien par une couche imperméable qu'elles ne peuvent franchir : elles déterminent alors, en profondeur, une nappe liquide, et remontent à la surface, par l'émergence de ces couches ou par des fissures, à la façon de l'eau jaillissante des puits artésiens.

Cette explication est celle-là même des sources habituelles : on sait, en effet, qu'il y a une véritable circulation souterraine des eaux d'infiltration, et les belles recherches spéléologiques de M. Martel ont, notamment, montré la fréquence et le pittoresque de ces nappes et de ces cours d'eau profonds.

Pour les eaux minérales, l'origine serait la même: la thermalité s'expliquerait simplement par le fait que la température s'élève à mesure qu'on descend (de 1° environ par 30 mètres): la minéralisation, par le fait que les eaux, en profondeur, se trouvent en contact avec des gisements salins ou métalliques et se chargent à leur contact, de leurs éléments minéraux.

Cette théorie, qui a longtemps régné en hydrologie, ne doit pas être systématiquement rejetée: car il est incontestable que certaines eaux ont pareille origine. On ne peut, par contre, expliquer ainsi la genèse de la plupart des eaux minérales.

Parmi les eaux minérales, en effet, il en est certaines de faible thermalité, de composition peu constante, chargées de sels communs, dont les éléments minéraux existent, en grande partie, dans le sous-sol, éloignées de tout voisinage volcanique, et qui ont, certainement, une origine artésienne.

Telles sont, par exemple, certaines eaux chlorurées sodiques fortes, qui émergent aux environs des salines (Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, Nauheim), très chargées en sels et qui sont, de tous points, comparables aux eaux que l'on fait infiltrer en profondeur, pour dissoudre le sel de ces salines.

Telles sont aussi certaines eaux sulfurées calciques, émergeant sur des terrains gypseux, riches en sulfate de chaux, qui se chargent de ce sel et qui, ultérieurement, le réduisent au contact de matières organiques, de bitume, d'humus végétal en donnant lieu à la réduction des sulfates et à la mise en liberté d'acide sulfhydrique : l'eau d'Enghien, par exemple, est explicable par ce mécanisme.

Mais si certaines eaux minérales peuvent s'expliquer ainsi, on doit avouer que ce sont les moins intéressantes. Pour la plupart des grandes stations du Massif Central ou des Pyrénées, il n'en est pas de même, et la théorie artésienne est impuissante à rendre compte de leur nature et de leurs propriétés.

B. Théorie volcanique

La *théorie volcanique*, ou plutonienne, est infiniment plus hardie, plus séduisante, plus féconde.

Emise d'abord timidement, par des géologues, par Elie de Beaumont en 1847, par le grand géologue viennois Suess, elle a été surtout développée, au point de vue chimique, par Armand Gautier et a pris, grâce à lui, toute son ampleur. Elle tend, de plus en plus, à être acceptée de tous côtés.

Dans cette théorie, les eaux minérales viennent, non pas de la surface, mais de la profondeur. Ce ne sont plus les eaux d'infiltration qui remontent après s'être échauffées et minéralisées: ce sont des eaux de synthèse (Gautier), des eaux natives (Suess), qui se forment dans les couches incandescentes de la terre, par combustion de l'hydrogène, au contact de l'oxygène des oxydes par exemple, et qui sont projetées à la surface, à la façon des éruptions volcaniques.

En faveur de l'origine volcanique des eaux minérales, on peut donner une série d'arguments d'ordre géologique, et d'ordre physico-chimique :

I. — *Arguments géologiques:*

*a)* Un premier argument est tiré de la *quantité immense d'eau qui est projetée lors des éruptions volcaniques* et pour laquelle l'origine profonde n'est même pas discutable.

On sait que les volcans rejettent de véritables trombes d'eau : par exemple, pour l'éruption de l'Etna en 1865, Fouqué a calculé que le volcan rejetait 11.000 tonnes d'eau par jour, soit deux millions de tonnes pour l'ensemble de l'éruption : or, d'après les calculs du Professeur Hang, il suffit d'un quart de kilomètre cube de granit pour fournir cette quantité. A l'éruption de la Montagne Pelée à la Martinique, Lacroix a également attiré l'attention sur les énormes quantités de vapeur d'eau rendues par le volcan.

*b)* Un deuxième argument provient de la *richesse en sources minérales* des terrains avoisinant les flancs des cratères, à la Martinique, à l'île Saint-Paul, etc.

Aux îles Saint-Paul, notamment, une série de sources minérales sont apparues à l'intérieur même de l'ancien cratère, envahi par la mer, sur le rivage ou dans la mer elle-même.

c) Un troisième argument provient de la *situation géographique de beaucoup d'eaux minérales dans des régions volcaniques* ou *au voisinage de pointement de terrains éruptifs.*

Tel est, notamment, le cas pour nos belles stations hydro-minérales d'Auvergne, ancienne région volcanique où se voient nettement encore les cratères d'anciens volcans (tel le lac Pavin entre le Mont-Dore et Saint-Nectaire), et où abondent les terrains éruptifs volcaniques.

De même, dans les Pyrénées, dans les Alpes, dans les Vosges et la région rhénane, les eaux minérales apparaissent aux confins d'émergence des terrains granitiques, gneissiques, basaltiques, à travers des roches sédimentaires plus récentes.

*d)* Un quatrième argument est donné par la *présence, dans les eaux minérales, de substances rares, d'origine profonde qu'on retrouve dans les éruptions volcaniques contemporaines.*

On trouve, dans les éruptions volcaniques, beaucoup de chlorure de sodium, du bore, de l'arsenic, des substances radioactives, etc.

On retrouve ces substances dans les eaux minérales, alors même qu'on n'en retrouve pas dans les couches traversées : le bore, notamment, si abondant dans les solfatares, indique, par sa seule présence, une origine profonde.

Il est même vraisemblable que, si certaines eaux se chargent de minéraux au contact de filons métalliques, l'inverse est le plus souvent vrai, et que l'origine de certains filons peut être rattachée au dépôt, par des eaux minérales de profondeur, des minéraux dont elles sont chargées : ainsi les gîtes minéraux proviendraient des eaux minérales, au lieu d'expliquer leur minéralisation.

Les émanations gazeuses, fréquentes, surtout dans un certain type d'eaux, dites hyperthermales, oligométalliques ou alpestres (Gastein, Plombières, Bourbon-Lancy), se rapprochent de la constitution des gaz volcaniques; elles sont, d'autre part, analogues à celles que l'on obtient par la distillation du granit.

*e)* Il est enfin un argument tiré de la *nature même du sol :* les eaux minérales remontent à la surface le long de *failles*, de *fissures*, au contact de deux couches, le long de filons de quartz, de granulite, de porphyre.

Ce n'est que secondairement que ces eaux s'épanchent dans des terrains perméables en créant des nappes où elles se répandent.

Par exemple, les eaux de la Limagne se rattachent à deux grandes failles, par lesquelles les terrains tertiaires sont bordés et mises longuement au contact des roches cristallines: sous la bordure ouest, se trouvent, Royat, Châtel-Guyon ; sur la bordure est Saint-Yorre, Cusset, Vichy, avec des eaux chargées d'acide carbonique ; on retrouve, de même, des poches de ce gaz à Pontgibaud.

Ainsi s'expliquent, non seulement la formation, mais la remontée des eaux profondes jusqu'à la surface où on peut les capter.

II. — *Arguments chimiques.* — A côté des arguments géologiques, on peut donner une série d'arguments chimiques relatifs à la nature des eaux minérales et à leur reproduction par distillation des roches profondes.

*a) L'origine profonde de l'eau*, prouvée par l'abondance de l'eau dans les éruptions volcaniques, est démontrée, d'autre part, dans les expériences d'Armand Gautier.

Si l'on chauffe du granit à des températures progressives, on constate, à 200°, le départ de l'eau d'hydratation ; au rouge sombre, le départ d'une eau de combinaison : enfin, à une température plus haute encore, les oxydes ou les silicates décomposent l'eau en donnant de l'hydrogène ; cet hydrogène est susceptible de réagir sur les oxydes et de donner, inversement, de l'eau dans des conditions de dissociation différentes.

Le granit donne ainsi, par kilos, plus de 7 grammes d'eau, la rhizolite plus de 16 gr. On peut compter qu'au rouge sombre, un mètre cube de granit (2.600 k.) donne 26 kilogs d'eau. Un kilomètre cube donne 26 millions de tonnes d'eau, soit une quantité suffisante pour fournir d'eau pendant un an, toutes les eaux minérales de France (480.000 litres à la minute). Or qu'est-ce que qu'un kilomètre de granit par rapport à l'écorce terrestre ?

On sait que l'hydrogène existe au centre de la terre, comme dans l'atmosphère incandescente du soleil, qu'il est très abondant parmi les gaz volcaniques : il est vraisemblable que c'est cet hydrogène qui donne de l'eau de synthèse, en réagissant sur les oxydes (A. Gautier) ou en se trouvant avec de l'oxygène infiltré (Suess).

*b) L'origine des substances minérales* est plus complexe et nous retiendra moins.

Par exemple, les *eaux sulfurées sodiques* sont à base de soude, bien qu'issues de terrains potassiques. Or, A. Gautier a montré qu'en attaquant le granit en poudre par de l'eau à 300°, on en retire un sulfure sodique provenant de l'attaque d'un sulfo-silicate de soude, la silice et l'argile se déposant, comme il arrive dans les eaux sulfureuses.

Les *eaux bicarbonatées sodiques* sont, à leur sortie, accompagnée d'un dépôt de silice (sous forme d'opale par exemple); le chlorure de sodium, mêlé à la vapeur d'eau, est attaqué par la silice libre et forme un silicate de soude entraîné par les eaux ascendantes ; l'acide carbonique dissous l'attaque à une température plus basse et forme alors du bicarbonate de soude en mettant la silice en liberté : d'où les vastes dépôts que l'on observe dans les conduits des sources.

D'ailleurs, l'acide carbonique se dégage, en quantité, dans les régions volcaniques et ther-

males : on y trouve souvent, dans des travaux de mine, des dégagements et des poches d'acide carbonique, sans eaux thermales.

Les *eaux chlorurées sodiques* faibles, celles de Bourbonne par exemple, contiennent peu de sels et viennent de la profondeur : car on y trouve, presque toujours, des éléments rares, indicateurs de leur origine centrale.

Les *eaux alpestres* ou indéterminées sont certainement d'origine profonde : elles sont hyperthermales, riches en hélium, radioactives, peu minéralisées : elles coexistent à côté de pointements éruptifs. Leur origine centrale est donc certaine et explique une partie de leurs propriétés thérapeutiques sédatives : telles les eaux de Gastein, de Bourbon-Lancy, de Plombières.

Pour Armand Gautier, plusieurs caractères permettent de faire la preuve de l'origine plutonienne d'une eau minérale :

Il faut : 1° la fixité de température et de composition chimique.

2° La présence de substances rares (bore, arsenic, hélium, etc.).

3° Le voisinage de failles et de terrains volcaniques.

Ces caractères permettent, semble-t-il, d'affirmer l'origine éruptive d'une eau minérale.

Par exemple, M. A. Gautier a eu l'occasion, récemment de faire l'analyse d'une eau potable, recueillie, par forage, sur la plage d'Ostende : il fut très intrigué par la grande quantité de bore, qui, d'après lui, indiquait indubitablement une origine volcanique : or, après enquête, on constata que les sondages ramenaient des roches éruptives que rien ne permettait de soupçonner en cette région. N'est-ce pas là une belle preuve de la valeur inductive de la théorie volcanique ?

La composition physique et chimique des eaux minérales montre, de même, la nécessité de faire intervenir des énergies encore mal connues pour expliquer leur valeur thérapeutique.

L'origine profonde de ces eaux ne nous en donne pas l'explication précise ; mais elle nous permet, tout au moins, d'en entrevoir le sens et d'incriminer les réserves énergétiques, encore inconnues, qui sont accumulées dans la masse incandescente de notre planète.

Les eaux thermales, en ramenant ces substances à la surface, rapportent ces énergies en décomposition, nous fournissant ainsi des armes thérapeutiques d'une puissance à peine soupçonnée.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Une formule qui peut être dangereuse**, par le Dr Bernou (*Gaz. méd. de Nantes.*)

Quelques ouvrages et journaux médicaux récents (*Thérapeutique Médicale*, par G. Lemoine (1909); le *Concours Médical*, (8 mai 1910), donnent une formule d'une solution composée d'arséniate de soude et de gouttes amères de Baumé, au sujet de laquelle nous croyons devoir mettre en garde les praticiens qui seraient tentés de la prescrire. La dernière formule publiée est la suivante :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude ... ....... | 20 centigr. |
| Gouttes amères de Baumé... | 10 cc³. |

*Premier cas.* — On a beau triturer à froid l'arséniate de soude avec la teinture de fève de Saint-Ignace composée, il n'est pas possible d'arriver à le faire dissoudre. Dans ces conditions, tel préparateur filtrera, tel autre ne filtrera pas la préparation. Il s'ensuivra ou bien que la solution filtrée ne contiendra presque pas d'arséniate de soude ou bien que la solution non filtrée abandonnera un dépôt d'arséniate de soude finement pulvérisé. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les inconvénients des deux façons de procéder.

*Deuxième cas.* — Si on prépare la solution à chaud, l'arséniate de sonde dépose par refroidissement et on se trouve dans les conditions de la préparation faite à froid sans filtrer, avec cette aggravation que l'arséniate de soude ne sera plus en poudre fine, mais en petits cristaux.

Ce qui se produit là était facile à prévoir : l'arséniate de soude est très soluble dans l'eau, mais il est à peu près insoluble dans l'alcool. Or, les Gouttes amères de Baumé se préparent avec de l'alcool à 70° centigr.

Il vaut donc mieux ne pas user de cette formule telle qu'elle est, à moins de la modifier comme il suit. par exemple :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude......... | 20 centigr. |
| Glycérine de densité 1,252... | 10 grammes. |
| Gouttes amères de Baumé.. | 10 grammes. |

La glycérine assure la dissolution de l'arséniate de soude.

Cinquante gouttes de ce soluté comptées au compte-gouttes normal pèsent sensiblement 1 gramme et renferment 1 centigramme d'arséniate de soude et 25 gouttes de teinture de fève de Saint-Ignace composée (exactement de 27 à 28 gouttes).

Par conséquent on prescrira autant de fois cinq gouttes de cette solution qu'on voudra prescrire de milligramme d'arséniate de soude. La dose de Gouttes amères de Baumé sera largement de 2 gouttes et demie par 5 gouttes de la solution.

Il me paraît qu'on peut négliger, comme insignifiante, dans cette formule, l'action de l'arséniate de soude sur les alcaloïdes de la fève de Saint-Ignace.

**Point d'élection pour pratiquer les injections médicamenteuses** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*).

Il existe, pour les injections médicamenteuses (solutions huileuses, huile grise, etc.), quatre régions d'élection. Ce sont :

1° *Le point de Barthélemy.* — Il est situé au tiers externe d'une ligne horizontale allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'extrémité supérieure du sillon interfessier. Il répond au bord externe du muscle grand fessier.

2° *Le point de Galliot*, placé à l'intersection de deux lignes, l'une horizontale qui passerait à deux doigts au-dessus du grand trochanter, et l'autre verticale qui cheminerait à deux travers de doigt en dehors du sillon interfessier.

3° *Le point de Smirnoff*, qu'on trouvera dans la région rétro-trochantérienne (un travers de doigt derrière la partie supérieure du grand trochanter).

4° *Le point de Fournier*, correspondant au tiers supérieur de la fesse.

On choisira, de préférence, la zone de Barthélemy.

On ne fera jamais d'injections au centre de la fesse, car l'aiguille pourrait blesser les nerfs ou les gros vaisseaux de la cuisse.

## REVUE D'HYGIÈNE

**Sur le projet de loi relatif à la protection des eaux contre la contamination des agglomérations et des industries**, par M. Bonjean (*Soc. de méd. pub. et de génie sanit.*).

La loi de protection de la santé publique a donné une propulsion considérable à l'hygiène en France. Cette loi ainsi que toutes les réglementations actuelles sont insuffisantes pour assurer la protection des eaux superficielles et des eaux souterraines. La direction des améliorations agricoles vient, dans ce but, avec le concours d'une grande commission où tous les intérêts scientifiques et industriels étaient représentés, d'établir un projet de loi conçu dans un esprit large et pratique.

Les procédés d'épuration des eaux de toutes les agglomérations sont connus et pratiquement réalisables.

L'épuration des eaux résiduaires, industrielles est plus délicate : c'est une question d'espèce pour chaque usine.

Il appartient, dès à présent, de faire connaître tous les procédés qui, dans la pratique, donnent de bons résultats pour l'épuration des eaux résiduaires industrielles.

M. Bonjean fait un appel dans ce sens aux membres de la Société de Médecine publique, aux assemblées sanitaires, aux conseils et bureaux d'hygiène, aux ingénieurs, aux Sociétés de pêche et de protection des eaux et des poissons et surtout aux industriels qui sont les principaux intéressés, et soumet le vœu que le Gouvernement et les Chambres examinent le plus tôt possible le projet de loi du Ministère de l'Agriculture.

**Puisards absorbants** (*Soc. de méd. pub. et de génie sanit.*).

Une question qui intéresse l'hygiène dans toute la France a été traitée par M. Sylvain Périssé — Ingénieur — c'est celle des puisards absorbants, partout interdits, mais partout existants, parce que ce n'est que par la terre qu'on peut se débarrasser des eaux et matières usées là où il n'existe ni égouts, ni service de vidanges.

L'interdiction doit être levée et remplacée par l'obligation d'un examen, par l'autorité municipale, suivi d'une autorisation ou d'une défense.

Il existe une catégorie de puisards qui sont insalubres au premier chef, ce sont les fosses non étanches, dites à fond perdu, qui déversent dans le sous-sol des habitations des liquides contenant tous les microbes pathogènes que comportent les eaux usées. Or, il y a en France plus d'un million de ces fosses non étanches, qui sont la cause prédominante de la contamination des eaux d'alimentation. Après avoir jeté un cri d'alarme, M. Périssé a donné le moyen de rendre ces fosses inoffensives en les convertissant sans frais sensibles, en fosses épuratrices de son système appartenant au domaine public.

Une solution excellente pour les eaux usées de l'habitation, qui a reçu cinq applications à Saint-Cloud, c'est l'épandage de l'effluent de la fosse septique, type Mouras, sous le sol des jardins et des champs cultivés, au moyen de tuyaux de drainage placés à une faible profondeur.

On a ainsi tous les avantages de l'épuration par le sol naturel, sans avoir les inconvénients des champs d'épandage recevant les eaux usées à la surface.

**Séparation des matières fécales et solides et liquides**, par Borel et Loir (*Soc. de méd. pub. et de génie sanit.*).

Depuis sept mois, il a été installé à l'Hôtel-de-Ville du Havre, au titre d'expérimentation, un appareil ayant pour but la séparation des matières fécales. L'inventeur est un Russe, M. Nadéine.

L'appareil se compose de deux parties distinctes : un séparateur des matières solides, un épurateur des liquides.

Le séparateur se compose essentiellement d'une plaque recourbée sur elle-même et sur laquelle sont amenées les matières fécales par les tuyaux de chûte. Sur cette plaque les matières solides glissent rapidement et tombent dans un grand réservoir; les liquides s'étendent au contraire, sur la surface de la plaque et tombent finalement dans un autre réservoir sis en arrière du premier. Ces liquides en s'écoulant du réservoir en question, passent par une turbine qu'ils mettent en action, et qui fait marcher un mécanisme laissant tomber sur les solides, à chaque usage des water-

closets, une certaine quantité de tourbe. Ainsi les matières solides perdent toute odeur et peuvent être emportées dans les jardins.

L'épurateur comprend une série de bacs de décantation et de bassins filtrants. Les auteurs n'en ont pas étudié la valeur. Ils ont porté leur attention sur le séparateur dont ils ont constaté la marche régulière.

Ils pensent que cet appareil peut rendre de grands services là où le tout à l'égout est impossible et où la vidange est un problème difficile à résoudre.

Les matières solides enrôlées de tourbe, au lieu d'être utilisées sous forme de fumier, peuvent être incinérées; il n'y aurait plus alors qu'à purifier l'effluent, opération facile dans l'état actuel de la science.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de déviation du complément,** par MM. B. Weill-Hallé et Bloch-Michel (*Soc. méd. des Hôpit.*)

L'importance capitale du traitement précoce dans la diphtérie a pour corollaire immédiat la nécessité d'un diagnostic hâtif.

Fondé primitivement sur la seule observation clinique, à la suite des travaux de MM. Roux et Yersin, on avait attribué à l'examen bactériologique une valeur presque exclusive pour l'établir avec certitude. Plus tard, on reconnut les difficultés et l'inconstance de la recherche du bacille pratiquée même sur les milieux spéciaux, et Grancher avait été jusqu'à affirmer que le diagnostic bactériologique n'est ni plus rapide ni plus sûr que le diagnostic clinique.

M Marfan surtout, bien que reconnaissant l'exactitude assez constante de l'examen bactériologique, admit que l'obligation d'attendre au moins dix-huit heures et l'incertitude du résultat lorsqu'il est négatif devaient faire rendre à la clinique sa prépondérance pour l'indication de la première injection sérique. Bien plus, les difficultés parfois insurmontables du diagnostic précoce ont fait prendre pour règle dans les cas douteux de ne pas différer l'injection thérapeutique.

Cependant les inconvénients indéniables qui peuvent résulter, soit immédiatement, soit à longue échéance, d'une sérothérapie intempestive rendent quelquefois cette pratique délicate. On sait, en effet, qu'une injection sérique même inutile développera chez le sujet un état d'anaphylaxie qui l'exposera plus tard à des accidents relativement bénins. mais parfois pénibles ; ces accidents auront, en outre, pour effet de diminuer la durée d'action curative de la seconde sérothérapie.

Ces considérations nous ont conduit, à la demande de notre maître M. le Dr Aviragnet, à chercher une méthode de diagnostic précoce, rapide et certaine et qui permettrait, au moins dans les grands centres et dans les hôpitaux, de préciser le diagnostic pour les cas douteux avant d'appliquer le traitement.

Nous nous sommes adressés dans ce but à la méthode générale qui porte le nom de MM. Bordet et Gengou, et qui se fonde sur la fixation du complément.

Nous nous bornerons ici à rapporter notre technique et les résultats qu'elle nous a donnés, nous réservant dans un travail ultérieur d'en exposer le détail et les déductions qu'elle comporte sur la différenciation des bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques.

Nous utilisons comme antigène l'émulsion dans quelques gouttes d'eau physiologique des mucosités recueillies dans la gorge, sur les amygdales et dans la région voisine du cavum, à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophile monté sur une baguette d'osier. De cette émulsion nous prenons 3/10 de centimètre cube et nous y ajoutons 3/10 de centimètre cube de sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur qui contient la sensibilisatrice. Nous versons dans ce mélange 1/20 à 1/10 de centimètre cube de sérum frais de cobaye préalablement titré et nous laissons trois heures à l'étuve. Au bout de ce temps nous ajoutons 6/10 de centimètre cube d'un mélange à parties égales d'une émulsion de globules rouges de mouton et d'une dilution convenablement titrée d'hémolysine correspondante, ce dernier mélange après séjour d'une demi-heure à l'étuve à 37 degrés. Chaque jour la série examinée était accompagnée de témoins. Les résultats que nous avons obtenus sont indiqués dans le tableau suivant :

*Diphtérie non contrôlée par l'ensemencement*

25 cas. Pas d'hémolyse. Le complément a été fixe.

*Angines non diphtériques.*

10 cas. Hémolyse. Le complément est resté libre.

*Rougeole.*

9 cas. Hémolyse.

*Scarlatine.*

3 cas. Hémolyse.

Nous tenons à indiquer en outre trois ou quatre résultats contradictoires au premier examen, rectifiés à un second examen et dans lesquels nous avions pu relever des causes d'erreur. Nous les signalons précisément pour insister sur la nécessité de n'employer que la quantité rigoureusement suffisante de complément; en effet, la masse d'antigène peut être très réduite et insuffisante à en fixer une trop grande proportion.

D'autre part, il faut prendre soin de ne pas souiller les pipettes graduées au cours de la répartition du sérum ou du complément dans les différents tubes ; il suffirait d'une trace d'exsudat un peu concentré pour introduire une nouvelle cause d'erreur.

Le seul résultat négatif est celui d'un examen pratiqué chez un infirmier atteint de rougeole, dont la gorge ne paraissait pas contenir de bacille diphtérique et dont l'exsudat a cependant dévié le complément: ce résultat n'a pu encore être contrôlé par un nouvel examen.

M. le Dr Avirágnet et nous-mêmes nous réservons d'apporter plus tard une statistique plus complète des résultats de cette méthode de diagnostic.

## REVUE D'UROLOGIE

**Oligurie orthostatique et altérations rénales,** par MM. les Drs Linossier et G.-H. Lemoine. (*Soc. Méd. des Hôpit.*)

Dans leur intéressant mémoire sur la polyurie expérimentale, MM. Vaquez et Cottet sont amenés à s'occuper du phénomène que nous avons appelé l'*oligurie orthostatique*, ils en confirment la réalité, mais ils contestent certaines de nos conclusions relativement aux causes qui le déterminent et l'exagèrent.

Pour ces auteurs, l'*oligurie orthostatique* ne subit que des influences *extrarénales;* elle n'est modifiée que par les changements de pression, de vitesse, de concentration du liquide sanguin. L'état d'intégrité ou d'altération du rein ne joue aucun rôle pour l'accentuer ni pour la réduire. Aussi pensent-ils que l'épreuve de l'oligurie orthostatique, que nous avons proposée comme un signe très délicat des altérations légères du rein, est au contraire utile pour déceler certaines modifications pathologiques extrarénales capables de retentir sur la sécrétion.

La discordance est absolue, et il nous paraît indispensable, en présence des affirmations de MM. Vaquez et Cottet, de préciser nos conclusions antérieures et de rappeler les expériences qui les ont autorisées.

Il importe, dès le début de cette discussion d'établir une distinction, entre les causes qui créent l'oligurie orthostatique et les causes qui l'exagèrent chez certains sujets.

Les causes qui créent l'oligurie orthostatique sont évidemment, suivant l'expression de MM. Vaquez et Cottet, extrarénales : la structure du rein ne saurait être modifiée par le passage de la position couchée à la position debout. Ces causes nous ont paru multiples, nous avons indiqué l'inflexion du pédicule rénal, par suite d'une légère chute de l'organe; cette inflexion amenant un certain degré de coudure de la veine rénale d'où ralentissement du courant sanguin; nous avons invoqué aussi la diminution orthostatique de la pression sanguine générale signalée par Potain, contestée par Amblard, qui l'a recherchée sans doute chez des hypertendus, tandis qu'elle est surtout accentuée chez les hypotendus; mais nous n'avons rejeté ni l'hypothèse de la lordose orthostatique de Schle en faveur de laquelle Schle, Bruck, Bimgel, Nothmann, Weithraude et Franck, etc., ont apporté des expériences intéressantes,ni l'opinion d'Achard et Demanche,faisant intervenir la concentration du sang par suite de l'extravasation pendant la position debout du sérum sanguin. Ce dernier mécanisme, prédominant chez les œdémateux, qui expulsent couchés l'eau accumulée dans leurs tissus pendant la position debout, peut jouer un certain rôle même en l'absence d'œdème apparent : Carles a récemment montré (et nous avons vérifié l'exactitude de ses expériences) que la compression des membres inférieurs par une bande serrée diminue l'oligurie orthostatique.

Quant aux raisons qui exagèrent l'oligurie orthostatique, chez certains sujets, elles peuvent être de deux ordres.

Ou bien, chez ces sujets, le trouble orthostatique de la circulation rénale est, pour une raison ou pour une autre, exagéré ou bien le rein réagit d'une manière exagérée à ce trouble.

Nous attribuons suivant les cas une importance prépondérante à l'un ou à l'autre de ces facteurs. Nous sommes d'accord avec MM. Vaquez et Cottet en ce qui concerne l'importance du premier, nous ne discuterons donc ici que le second.

Dans nos premières publications, nous comparâmes l'oligurie orthostatique chez des sujets ne présentant aucun symptôme d'altération rénale et chez des sujets atteints d'albuminuries de causes diverses. La diminution de la quantité d'urine par l'orthostatisme fut de 18 p. 100 chez les premiers, de 36 p. 100 chez les seconds, le double.

Dans un second mémoire nous apportâmes le résultat de nouvelles recherches poursuivies avec une technique nouvelle (nous avions réduit à quatre heures au lieu de douze la durée de chaque expérience). Nous trouvâmes que, dans ces conditions, l'orthostatisme diminuait de 9 p. 100 l'urination des sujets sains et de 56 p. 100 celle des albuminuriques, six fois plus.

M. Cottet ayant pensé que la cause principale de l'oligurie orthostatique était le retard de l'évacuation de l'estomac, et de l'absorption intestinale pendant la position debout, nous refîmes une troisième série d'expériences en supprimant toute intervention des phénomènes digestifs. Il nous suffisait, pour cela, d'étudier l'urination chez des sujets complètement à jeun. Dans ces conditions, nous constatâmes que l'oligurie orthostatique est très peu marquée chez les sujets sains ; elle peut être remplacée dans quelques cas par de la polyurie orthostatique, tandis qu'elle persiste

chez les albuminuriques, et chez les sujets qui, sans être albuminiques, ont des reins suspects pour une raison quelconque, saturnins, convalescents d'angines, convalescents de scarlatine, etc. Nous renvoyons à notre mémoire pour les détails des expérieneces.

Donc avec cette dernière technique. seuls les sujets à reins altérés et suspects présentent de l'oligurie orthostatique et, à plusieurs reprises, nous pûmes soupçonner, grâce à ce seul symptôme, des altérations rénales dont l'avenir nous démontra la réalité pour plusieurs d'entre eux. Ces expériences sont concluantes et il semble que nous soyons en droit de maintenir nos premières affirmations. Ce n'est pas une théorie, une interprétation que nous défendons, c'est un fait.

Pourquoi, nous disent MM. Vaquez et Cottet. si une altération rénale facilite l'apparition de l'albuminurie orthostatique, celle-ci n'existe-t-elle plus dans les néphrites avancées ? Le fait est exact et nous l'avons constaté nous-mêmes. Peut-être peut-on penser que le rein peu altéré est encore capable de voir son fonctionnement amélioré par la position horizontale, tandis que, profondément lésé, il ne subit plus cette influence favorable ? Mais, ne pût-on pas interpréter la contradiction apparente de deux faits, il n'en résulte pas que l'un ou l'autre de ces faits soit inexact.

Nous invitons nos contradicteurs à prendre comme nous deux sortes de sujets, les uns ayant des reins cliniquement sains, les autres des reins cliniquement altérés. et de préférence ayant des altérations légères : paludéens chroniques, convalescents de scarlatines ou d'angines, albuminuriques non brightiques, saturnins, etc., de rechercher chez tous l'oligurie orthostatique; s'ils trouvent celle-ci égale dans les deux sortes, ils seront en droit de nous dire que l'état du rein ne joue aucun rôle dans sa production: s'ils trouvent, comme nous, qu'avec l'altération du rein (sauf quelques exceptions sur lesquelles nous nous sommes déjà expliqués) coïncide une oligurie orthostatique accentuée, ils ne pourront nier que celle-ci peut être considérée comme un signe d'altération rénale.

Tout en reconnaissant l'intérêt et l'importance de l'épreuve de la polyurie expérimentale de MM. Vaquez et Cottet, nous ferons observer qu'elle est beaucoup plus complexe et d'interprétation plus difficile, puisque les modifications de l'absorption gastro-intestinale y jouent un rôle au moins aussi considérable que ceux de l'élimination rénale.

CONTRIBUTION

## A l'Étude clinique de l'Antiseptie par l'Oxygène

(*Travail du Docteur NIGOUL, médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissement de Paris et des Postes et Télégraphes. — Santaïs, éditeur, Lille 1909.*)

Le grand nombre des antiseptiques tour à tour préconisés dans la thérapeutique montre combien est difficile à réaliser la fabrication scientifique d'un produit à la fois germicide, kératinisant et complètement dépourvu de dangers.

Avec le sublimé et l'acide phénique, on obtient une puissance antimicrobienne élevée, mais on détruit la cellule vivante et on intoxique l'organisme.

Avec l'iodoforme, on a un agent presque sans valeur antiseptique (Dubreuil et Kocher) et dont l'odeur pénétrante est un objet de dégoût pour les malades. Avec le salol. le formol, etc, on détermine encore des troubles irritatifs et toxiques au point que des éruptions cutanées tenaces n'ont cessé que le jour où des poudres dentifrices au salol furent abandonnées. Aves le permanganate, on tache le linge et on a des troubles caustiques si la dose est élevée.

Le Dr Nigoul se demande donc de quel côté le praticien doit se tourner pour chercher l'antiseptique puissant et sans dangers : et cet antiseptique il le trouve dans l'utilisation de l'oxygène.

Mais quand il s'agit d'oxygène. écrit cet auteur. ce n'est pas à l'eau oxygénée qu'il faut penser, elle est corrosive. c'est à la fermentation oxygénée et la combinaison des polyoxyméthilènes et du vanadium fournit le trioxychlorométhylie de vanadium (Anios), véritable ferment métallique émettant sans interruption, au contact des tissus et des germes de l'oxygène naissant. Il réalise donc une énergie germicide croissante, et une valeur cicatrisante directe sans causticité, sans toxicité. sans odeur.

Des observations ont été prises avec la solution d'anios à 2 0/0 et la poudre d'anios en chirurgie générale. en gynécologie. obstétrique, vénérologie, otologie. On a utilisé se topique pour des pansements humides à demeure et des pansements secs, pour des lavages, des injections profondes. La conclusion qui se dégage des faits est la suivante : « L'anios exerce sur les plaies et les lésions infectées une action kératoplastique remarquable et sur les germes une puissante destruction » Cela tient à l'émission progressive de l'oxygène qui est un stimulant de la vitalité cellulaire, et qui en outre. constitue une atmosphère impropre à la vie des microbes.

Dès lors, — et il faut savoir gré au Dr Nigoul d'avoir consacré à ce sujet une importante brochure, le praticien doit savoir que les sels de vanadium sont de puissants antiseptiques et que la fermentation oxygénée par l'Anios permet de laisser de côté les substances minérales et organiques utilisées, faute de mieux, pour le pansement des plaies, et qui avaient de graves inconvénients.

Cette émission permanente d'oxygène naissant réalise tout à la fois une destruction rapide des germes et de leurs toxines, une excitation des phénomènes cicatriciels (plaies atones), et sans qu'on ait à redouter, en pratique, le moindre inconvénient pour l'organisme, les tissus, les instruments. le linge.

Dr A. B.

## REVUE DE BIOLOGIE

**De l'apparition tardive des réactions biologiques provoquées par les kystes hydatiques**, par MM. les Drs Gauffard et Cl. Vincent (*Gaz. des Hôp.*).

La toxicité hydatique, admise depuis longtemps, d'après certains faits cliniques, restait douteuse ou rare sur le terrain expérimental jusqu'aux recherches biologiques récentes. Celles-ci nous en ont apporté deux preuves de valeur inégale, l'*éosinophilie* (Chauffard et Boidin), et surtout la *réaction de Weinberg*.

La valeur de la réaction de Weinberg n'est pas contestable, et on peut dire que, dans l'immense majorité des cas de kyste hydatique, l'épreuve est positive. Exceptionnellement, elle peut être *négative*, ou ne devenir positive que *tardivement*. Un fait que nous venons d'observer permet de saisir, sous forme presque expérimentale, l'apparition tardive des *réactions toxiques*.

Chez un homme de 46 ans, porteur d'un foie volumineux, mais souple, on suspecte l'existence d'un kyste hydatique. L'examen du sang, pratiqué le 27 janvier et le 3 février 1910, donne un pourcentage de 80 poly et 2,5 à 3 d'éosinophiles, le chiffre total des leucocytes passant de 8.000 à 24.000.

La réaction de Weinberg est cherchée le 1er et le 2 février, en comparaison avec le sérum d'un malade opéré de kyste hydatique et renfermant des anticorps spécifiques, et avec divers antigènes, liquide hydatique humain ou de mouton, et même, au second examen, avec le propre liquide hydatique du malade obtenu comme nous le dirons dans un instant. Par le procédé rapide ou par le procédé lent la réaction est *négative*, alors que chez le témoin elle est positive.

Après un examen radioscopique qui montre l'existence d'un épanchement pleural droit (opacité limitée par une ligne horizontale et qui reste telle dans les changements d'attitude du malade) on pratique, le 2, une ponction exploratrice, et celle-ci ramène 125 grammes de liquide hydatique avec des crochets.

Immédiatement, le malade manifeste *une triple réaction toxique*, par la fièvre, l'apparition de l'éosinophilie, la production d'anticorps dans son serum.

La ponction ayant été pratiquée à 1 h. 30 de l'après-midi, la température est de 38° à 3 heures, de 39° le lendemain matin, de 40° le soir, pour redescendre ensuite, et ne redevenir normale que le 6 février.

Dans la nuit du 5 au 6, petite vomique hydatique non suppurée.

L'examen du sang, le 6, donne 20.000 leucocytes, 73 poly, 9.29 d'éosinophiles.

Enfin, la réaction de Weinberg, recherchée dans les mêmes conditions que précédemment, devient *positive*. Le 6, elle est certaine mais faible (le complément n'étant fixé totalement que dans un seul tube) ; le 14 février, après opération du malade, elle est totale.

Ainsi, chez notre malade, la toxicité hydatique était *biologiquement latente*, et elle s'est brusquement dévoilée à l'occasion d'une série d'inoculations, la ponction capillaire d'abord, puis la vomique, enfin l'opération. Le rôle de la ponction comme l'ascension immédiate du thermomètre, a été des plus nets.

Comment expliquer le caractère *tardif* de ces réactions, alors que le kyste était déjà volumineux et datait cliniquement *d'au moins un an ?* Le fait est rare, et trois cas seulement sont relatés dans la thèse récente de L. Durand (1), dont un imputable à une technique défectueuse. Deux hypothèses sont soulevées dans ce travail: existence dans le sérum du malade de substances empêchantes, disparaissant après l'opération, ou résorption massive du liquide hydatique pendant l'opération et élaboration de nouveaux anticorps qui ont rendu la séro-réaction positive.

Notons que, chez notre malade, la ponction capillaire, première cause provocatrice de la réaction toxique, n'a pu faire disparaître du sérum aucune substance empêchante ; elle a certainement agi comme un procédé d'*inoculation hydatique* et nous a montré de la façon la plus évidente avec quelle rapidité pouvait apparaître le syndrome de la toxicité.

Au point de vue des réactions toxiques, on peut donc admettre trois types biologiques : formes *complètes* (éosinophilie + réaction de Weinberg); formes *dissociées* (réaction de Weinberg sans éosinophilie); formes *latentes* (absence de deux réactions), comme dans notre cas.

Mais, même dans ces derniers faits exceptionnels, on peut dire que la toxicité n'est latente que parce qu'elle reste *locale*. Nous connaissons déjà les éosinophilies locales, périkystiques sans diffusion sanguine ; le cas que nous venons de relater nous montre ce que l'on pourrait appeler la *toxicité hydatique enclose*, ne dépassant pas les limites ordinairement franchissables, de la membrane hydatique, sauf le cas d'une effraction opératoire ou spontanée.

Des causes de la rétention intra-kystique des agents toxiques, nous ne savons rien, et ne pouvons préciser le rôle de la membrane elle-même, de son épaisseur ou de sa consistance, ni celui de la zone scléreuse périkystique.

Appliquant les données précédentes à l'étude de l'*anaphylaxie hydatique*, récemment démontrée par les expériences et travaux (2) de Chauffard, Boidin et Guy Laroche, on peut dire que tout porteur de kyste hydatique qui présente

(1) Léopold Durand, *Diagnostic de l'échinococcose; importance de l'épreuve de Weinberg*. Th. de Paris, juillet 1909.

(2) Chauffard et Boidin. *Bull. et Mém. de la Soc. med. des Hôpit.*, 1907, p. 1473. — Chauffard, Boidin et Guy Laroche, Anaphylaxie hydatique expérimentale. *Soc. de Biol.*, 13 nov. 1909.

des réactions toxiques positives (éosinophilie, réaction de Weinberg) est suspect d'être en état anaphylactique, l'anaphylaxie faisant défaut dans le cas inverse ; que des réactions jusqu'alors négatives peuvent n'attendre qu'une occasion favorable pour se manifester ; enfin, que le taux des réactions biologiques permet jusqu'à un certain point d'apprécier le degré d'imprégnation toxique et de réaction antitoxique de l'organisme. C'est en réalité la *réaction antitoxique* seule que nos moyens de laboratoire nous permettent en clinique d'atteindre, et, à cet égard, l'éosinophilie et la réaction de Weinberg peuvent être considérées comme de précieux et délicats procédés d'analyse antitoxique à la fois *qualificative* et *quantitative*.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Le diagnostic des Maladies nerveuses**, par le Dr Stewart, de Londres, médecin de l'Hôpital de Westminster et de l'Hôpital de West End pour les maladies nerveuses. Traduit de l'anglais par le Dr G. Scherb, professeur à l'École de Médecine d'Alger. (Alcan.)

Ce volume est un exposé de séméiologie aussi complet et actuel que possible. Les maladies y sont groupées et étudiées d'après leur affinité symptomatique la plus saillante. Ainsi le tabes, par exemple, decrit à l'occasion des lésions des nerfs craniens, est repris plus loin à propos des troubles de la sensibilité subjective et objective, ou des troubles moteurs et trophiques, etc. Solidement appuyé sur la clinique, en accumulant les petits faits selon les procédés anglais, l'auteur a composé un des meilleurs tableaux d'ensemble qui soit de la pathologie nerveuse. Nous citerons particulièrement le chapitre de l'électro-diagnostic, où praticiens, aussi bien que spécialistes en matière d'accidents du travail, trouveront amplement leur compte. Signalons aussi l'étude du liquide céphalo-rachidien où se mêlent, à doses si justes, pratique et théorie. Le médecin appelé à effectuer une ponction lombaire n'aura qu'à lire ces pages substantielles pour être à même de mener sûrement à bien son opération; il apprendra aussi quels services elle peut rendre au point de vue diagnostic et thérapeutique. Remarquons encore les belles études qui traitent des Réflexes et de la Douleur.

M. Stewart a rencontré, en M. Scherb, qui vient malheureusement de disparaître, le collaborateur idéal. Traducteur brillant, le professeur d'Alger a conservé à l'œuvre anglaise cette saveur que nous prisons tous si fort dans les productions d'Outre-Manche. Clinicien parfait, neuropathologiste érudit, il a su, de plus, compléter les tableaux de l'auteur de quelques touches françaises, discrètes et fermes, qui, en leur donnant relief et couleur, les adaptent davantage à notre goût.

**Réflexions sur la Tuberculose** par le Dr Pettidi, (A. Maloine).

L'auteur de ce très intéressant travail a réuni sous une forme rapide et facilement lisible toutes les réflexions critiques, remarques et notes que lui ont suggérées les tuberculeux pendant de longues années de pratique médicale. C'est le livre d'un praticien, mais c'est aussi l'ouvrage d'un observateur et d'un écrivain.

L'auteur des « Reflexions » se place strictement dans la situation du médecin qui doit, lui-même, examiner et expérimenter les méthodes thérapeutiques ou diagnostiques, pâtir de leurs inconvénients ou peut-être bénéficier de leurs avantages.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la diététique des tuberculeux; on y trouve une mise au point des idées actuelles en matière d'alimentation. L'auteur s'attache spécialement à la critique de la suralimentation et des excès de cette méthode. Un long chapitre est consacré au sanatorium. L'auteur y prend prétexte à discuter en toute indépendance d'esprit sur des anecdotes d'actualité qui présentent l'intérêt le plus vif tant pour les médecins que pour les malades.

L'étude de la contagiosité lui permet d'exposer des vues fort originales sur l'importance des mariages consanguins en matière tuberculose, point d'étiologie sur lequel il insiste en évoquant les preuves et les observations les plus frappantes.

Un chapitre de thérapeutique résume complètement l'état actuel de nos connaissances à cet égard. On y reconnaîtra l'expérience d'un médecin qui a pu acquérir une opinion sur chacune des méthodes de traitement qui ont été mises en œuvre contre la grande maladie.

En résumé, on doit répéter ici la phrase qui termine la longue préface du docteur Faisans : « Que tous les médecins qui ont des tuberculeux à soigner lisent attentivement ces « Reflexions » et en fassent le guide de leur pratique; leurs malades n'auront qu'à s'en félicitar. »

**Traité Chirurgical d'Urologie**, par Félix Legueu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Chirurgien de l'hôpital Laennec. (Alcan.)

La pathologie urinaire ne peut se contenter de descriptions spéciales. Pour embrasser son horizon trop vaste, il faut des vues plus hautes à la fois et plus larges. Au-dessus de la maladie de l'organe, il faut voir la tuberculose, l'infection, la lithiase, qui évoluent dans un appareil urinaire et y multiplient, suivant des règles toujours égales, leurs diverses localisations.

L'auteur a basé sa classification sur ces grands processus morbides. Ils constituent la division de son livre comme ils se partagent la pathologie de l'appareil urinaire. Il les passe successivement en revue en des chapitres distincts et a pu ainsi tracer, pour chaque maladie, un tableau d'ensemble de ses voies d'entrée, de son evolution, de ses extensions, et étudier ses localisations successives dans l'ordre où elles se produisent.

Cette division n'a pas seulement cet avantage d'être conforme aux données de la pathologie générale; elle permet aussi des rapprochements que la clinique ne peut manquer d'apprécier.

Ainsi la tuberculose vésicale suit immédiatement la tuberculose rénale dont elle dépend, et la tuberculose génitale suit la tuberculose urinaire dont elle ne peut être séparée.

Ainsi se suivent également la bactériurie, les cystites, les pyélonephrites, manifestations si voisines et que distinguent seulement des nuances cliniques.

Toutes les localisations de la bilharziose se juxtaposent en un même chapitre.

Les ruptures de la vessie suivent celles de l'urètre postérieur, dont il est quelquefois si difficile de les distinguer.

Les corps étrangers de l'urètre et de la vessie sont étudiés côte à côte; et ce rapprochement est d'autant plus légitime que le corps étranger peut aisément passer de l'une à l'autre de ces cavités.

Toutes les fistules urinaires sont réunies en groupes distincts dans le chapitre des difformités acquises, toutes fistules qui sont toujours amorcées par l'infection et entretenues par un rétrécissement du conduit.

Enfin l'épispadias confine à l'exstrophie avec laquelle il a tant de liens embryologiques communs.

M. Leguen a mis cet ouvrage au courant de la littérature et des dernières acquisitions de la science. Il a donné à la clinique et à la thérapeutique une importance considérable, ne perdant jamais de vue cette idée directrice qu'un ouvrage, même théorique, n'a d'autre but que d'apprendre, de faciliter et de perfectionner le diagnostic et le traitement des maladies. En ce qui concerne la technique chirurgicale, il développe les procédés que son expérience lui a montrés les plus simples et les meilleurs, insistant beaucoup plus sur les resultats et les indications opératoires que sur des procédés surannés ou non encore éprouvés.

**Leçons de gynécologie**, par le Dr Perez. (Breitkopf et Hartel, Leipzig.)

**Sphygmogrammes**, par le Dr Ricardo. (Royo Villanova, Saragosse.)

**Les Flèches du jour**, (Daragon), recueil de poesies politiques.

# CARNET DU PRATICIEN

### Crampes de la grossesse

1° Frictionner plusieurs fois par jour les muscles contracturés avec :

| | | |
|---|---|---|
| Chloroforme | 10 | grammes |
| Baume de Fioravanti | 30 | — |
| Alcool camphré | 40 | — |

2° Au moment de la contraction douloureuse, mettre la jambe, le pieds et les orteils en extension forcée.

3° Prendre 2 ou 3 cuillerées à dessert par jour de :

| | | |
|---|---|---|
| Bromure de potassium | 15 | grammes |
| Sirop de fleurs d'oranger | 100 | — |
| Eau distillée | 200 | — |

Ou trois pilules par jour : une le matin, une dans le milieu de la journée, la troisième le soir, de :

| | |
|---|---|
| Valérianate d'ammoniaque | 0 gr. 05 |
| Extrait de valériane | 0 gr. 05 |

pour une pilule (Rudaux et Cartier.)

### Pharyngite chronique

Lorsqu'il s'agit simplement de rhinite chronique, on arrive souvent à soulager le nez du malade avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Menthol | 0 gr. 05 |
| Chloretone | 0 gr. 10 |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 10 |
| Onguent simple | 30 grammes |

Quatre fois par jour dans chaque narine.

Lorsqu'on a affaire à un ouvrier quittant le matin sa demeure pour y rentrer le soir, on remplace la pommade par une poudre à priser, d'application plus facile :

| | |
|---|---|
| Menthol | 0 gr. 10 |
| Chlorétone | 0 gr. 20 |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 25 |
| Acide borique pulvérisé | 30 grammes |
| Sucre de lait | 10 — |

Cette poudre a le grand avantage d'être soluble dans le nez. M. Hicquet estime que c'est un non-sens de prescrire une poudre insoluble qui ne peut avoir aucune action antiseptique, et agit plutôt comme corps étranger.

Si la gêne de la gorge est assez forte, il prescrit le gargarisme suivant :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse | 30 grammes |
| Bicarbonate sodique | 30 — |
| Essence de menthe | V gouttes |

Une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède en gargarisme six fois par jour.

Il proscrit tous les gargarismes acides. Le seul but qu'il poursuit en donnant un gargarisme alcalin est d'enlever les sécrétions acides qui garnissent la muqueuse pharyngée, et de nettoyer ainsi la gorge. Pendant longtemps, il a été de mode de prescrire des gargarismes à l'acide phénique. Un acide coagule les sécrétions à la surface des muqueuses et l'irrite encore davantage. Loin de guérir, l'acide phénique ne fait que maintenir ou augmenter l'irritation.

Il emploie très rarement les cautérisations sauf en présence d'une poussée aiguë. Le chlorure de zinc à 5 p. 100 a ses préférences ; il le considère comme le meilleur topique du pharynx.

Il ne faut non plus avoir recours aux douches nasales, elles peuvent déterminer des otites moyennes aiguës. Les irrigations tièdes avec une canule rétro-pharyngée sont parfois indiquées.

Dans les cas d'infection streptococcique, ou chez un malade atteint de rhumatismes, le gargarisme suivant a souvent rendu service.

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate sodique | 8 | grammes |
| Antipyrine | 2 | — |
| Glycérine | 25 | — |
| Eau distillée | 275 | — |

Après gargarisme à l'eau tiède, gargariser avec une cuillerée à soupe et avaler : trois fois par jour.

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En « italique ». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon.**

Le Président est arrivé à Châtel le dimanche 3 juillet à 5 heures du soir avec les ministres de la Guerre et du Commerce.

La pluie avait fait trêve et M. Fallières put à loisir goûter le pittoresque du paysage, s'arrêter devant les Sources bouillonnantes des Buvettes et visiter en totalité les Grands-Thermes dont il admira la fière ordonnance générale ainsi que le luxe et le confort des installations.

En sablant un vin d'honneur dans la grande Salle des Fêtes du Casino, le Président leva son verre « au plus grand Châtel Guyon » et promit de revenir en 1912 inaugurer le chemin de fer.

Et il repartit à 7 heures, ravi des hommes et des choses, parmi les ovations enthousiastes des habitants et des baigneurs.

**A l'Académie.**

Demande d'autorisation pour la source des Deux Reines à Monxy (Savoie).

**Les Dénominations d'eaux minérales.**

Il y a un très vif intérêt à s'assurer de la valeur du nom que l'on attribue à une source. Ce nom peut être contesté dans la suite; c'est un point très important. Des renseignements gratuits seront fournis à ceux de nos lecteurs qui s'adresseront de notre part à notre Conseil M. Weissmann, 90, rue d'Amsterdam, Paris, un spécialiste en la matière.

**A propos de la fraude des eaux minérales.**

Dans notre numéro du 1er juillet, nous avons cité les sources qui ont adopté les capsules de la Société des Etablissements Weissenthanner à Montreuil-sous-Bois, qui rendent la fraude impossible pour les eaux minérales et suppriment le contact avec le liège.

On nous prie de mentionner les nouvelles sources suivantes qui ont également adopté ces capsules :

Bagnoles-de-l'Orne, Vittel-Alpha, Sources Vivaraises de Vals, la Source St-Charles, à Vichy, Source Château-Robert, à St-Yorre, les « Meilleures de Vals », la Source Gezar à Desaigne, Source du Fayet-St-Gervais (Haute-Savoie), Source de Gondes (Puy-de-Dôme), Source du Moulin à Vent, à Lucheux (Somme).

**Sur la distinction entre les Eaux de table et les Eaux minérales.**

*Rapport au nom de la Commission permanente des eaux minérales à l'Académie de médecine*, par M. HANRIOT, rapporteur.

Par lettre en date du 4 novembre dernier qui a paru dans le *Bulletin* du 9 novembre, M. le Ministre de l'Intérieur a saisi l'Académie de la distinction qu'il y aurait lieu de faire entre les « eaux de table » et les eaux minérales.

Il y a longtemps qu'à l'Académie même la question avait déjà été posée; la Commission des eaux minérales a bien souvent dû rejeter les demandes d'autorisation des eaux très pures, dont l'emploi avait même pu être un adjuvant utile dans le traitement de certaines affections, qui étaient d'excellentes eaux alimentaires, mais non des eaux minérales au sens propre du mot puisqu'elles étaient dépourvues de minéralisation et de propriétés thérapeutiques spéciales, et déjà en 1900, votre rapporteur attirait sur ce point l'attention de l'Académie. (*Bulletin* t. XLIV, p. 668).

La lettre ministérielle commence par rappeler les définitions proposées par le Congrès de répression des fraudes pour l'eau naturelle, l'eau de table et l'eau minérale.

L'eau naturelle ne paraît guère susceptible d'être définie : le mot naturel est un qualificatif s'appliquant aux diverses catégories d'eau et indiquant qu'elles n'ont subi aucune manipulation et sont telles qu'on les trouve dans la nature.

La définition donnée par le Congrès pour les « eaux de table » est la suivante : la dénomination « eau de table » s'applique exclusivement aux eaux naturelles. Cette définition est inexacte et insuffisante. Inexacte, car elle comprend les eaux minérales, et une eau purgative ou arsenicale ne saurait servir pour une eau de table. Insuffisante, car une eau stérilisée ou gazéifiée peut constituer une excellente eau de table. Je vous proposerai de considérer comme « eau de table » celle qui est capable aux eaux minérales de fournir une boisson saine et hygiénique, sans rentrer dans les eaux minérales régies par l'ordonnance de 1823. Elle pourra être telle qu'elle sort à la source et en ce cas sera une eau de table naturelle, mais elle pourra avoir subi toute espèce de manipulations, avoir été décantée, filtrée, stérilisée, gazéifiée; elle n'en restera pas moins une eau de table, seulement, ces différentes opérations devront être indiquées sur l'étiquette.

Quant aux « eaux minérales », elles constituent un véritable médicament; tout le monde est d'accord sur ce point. Elles sont autorisées après avis de l'Académie de médecine et nous pensons qu'il n'y a rien à modifier de ce côté.

Actuellement, le commerce des eaux de table échappe à toute formalité et à toute surveillance. Quand on songe aux prescriptions dont la loi de 1902 a entouré le captage et l'amenée des eaux potables, quand on voit toutes les précautions que le législateur a prises pour assurer la pureté de l'eau de boisson servant à l'alimentation des villes, on ne peut admettre qu'aucun contrôle ne soit exercé sur la vente de l'eau en bouteilles.

Celle-ci n'est en effet utilisée que par des gens soucieux de leur santé ou par des malades qu'une susceptibilité spéciale rend plus aisément contaminables. Or, à l'heure actuelle, si un commerçant peu scrupuleux mettait en vente une eau malsaine, aucune mesure ne pourrait être prise contre lui, sans compter qu'il serait presque impossible de reconnaître l'origine de l'épidémie dont cette eau aurait été le point de départ.

Une telle situation ne saurait durer, et nous estimons qu'il y a lieu de soumettre à une autorisation préalable et à une surveillance constante toute vente d'eau en bouteilles.

Le Conseil supérieur d'hygiène, qui est chargé de la surveillance des adductions d'eau potable dans les villes, devrait être également chargé des autorisations relatives à la vente des eaux de table. Ces eaux, étant dépourvues de propriétés thérapeutiques spéciales, ne devraient porter sur l'étiquette que le nom de la source, la date de l'autorisation et le nom naturel ou la nature des manipulations qu'elle a subies.

Les eaux minérales proprement dites étant des eaux médicamenteuses, resteraient sous la dépendance de l'Académie de médecine; les conditions dans lesquelles se délivrent actuellement les autorisations offrent des garanties suffisantes et pourraient être conservées, mais il y aurait lieu d'organiser la surveillance que l'Académie a réclamée tant de fois et qui, à l'heure actuelle, est à peu près lettre morte. Ces eaux étant des médicaments, pourraient porter sur leur étiquette l'indication de leurs propriétés thérapeutiques.

Comment se ferait la distinction des eaux de table et des eaux minérales? A quelle limite fixer la composition des unes et des autres? Nous estimons que sur ce point il serait imprudent de formuler aucune règle générale. Ce sont les intéressés eux-mêmes qui devront faire cette distinction et présenter leur eau, soit comme eau de table au Conseil supérieur d'hygiène, soit comme eau minérale à l'Académie : le seul point à observer, c'est qu'une même eau ne pourrait bénéficier d'une autorisation dans les deux catégories : ainsi une eau reconnue comme eau médicamenteuse, par exemple, ne pourrait solliciter son admission comme eau de table qu'après avoir renoncé à son autorisation comme eau minérale et inversement.

En résumé, nous vous proposons de répondre à M. le Ministre :

1° Il y a lieu d'exiger une autorisation préalable pour tout commerce d'eau en bouteille; une surveillance constante doit être organisée pour vérifier si l'eau présente bien les conditions de pureté et de composition sous lesquelles elle a été autorisée;

2° L'autorisation est donnée après avis du Conseil supérieur d'hygiène pour les eaux de table. Elle ne pourra prendre le nom d'« *eau minérale* », ni indiquer de propriété thérapeutique quelconque;

Si l'arrêté d'autorisation approuve une manipulation quelconque, celle-ci devra être indiquée sur l'étiquette à la place du mot naturelle;

3° L'autorisation devra continuer à être donnée après avis de l'Académie de médecine pour les eaux minérales. Celles-ci étant des médicaments ne pourront porter sur leur étiquette « *eau de table* ». Elles pourront porter sur leur étiquette leurs indications thérapeutiques.

Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

# POSTES MEDICAUX

## DEMANDES

**Docteur** serait disposé à engager un capital de 60 à 70.000 dans affaire médicale ou para-médicale à Paris, soit en association, soit comme seul preneur, surtout établissement d'agents physiques, maison de santé. Les bénéfices devraient être de 20 à 30.000. Ne traitera qu'une affaire ayant un caractère médical sérieux. (2216)

**Docteur** succéderait à confrère ayant bonne clientèle et installé dans la banlieue nord jusqu'à 1 heure de Paris.

**Docteur** reprendrait en banlieue immédiate poste de 12 à 20.000. Paierait comptant. (2215)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désirerait trouver emploi dans clinique, maison de santé. Peu exigeant.

**Docteur** venant de terminer et pressé de s'installer dans la région de l'Eure-et-Loir reprendrait de suite un poste bien assis. (2214)

**Docteur** n'exerçant plus ferait pendant les vacances remplacements à Paris ou banlieue immédiate. (2213)

**Jeune Docteur** désirerait trouver à reprendre contre indemnité poste de 12 à 20.000 dans les départements du Loir-et-Cher, Indre-et-Loire, Cher, Loiret. Ne ferait pas la pharmacie. (2212)

**Docteur** ayant cédé son poste en province et devant habiter Paris cherche à reprendre la suite d'un confrère ayant clientèle ancienne de 12.000 minimum dans quartier plutôt excentrique. (2211)

**Docteur** ayant loisirs désire trouver emploi de quelques heures par jour, matin ou soir. Prétentions modestes. (2210)

**Docteur** cherche à reprendre poste dans région agréable à 2 heures au maximum de Paris. Etre seul médecin et faire 10.000. (2209)

**Pharmacien n'exerçant** plus, s'occupant depuis 5 ans du *lancement des spécialités*, bien introduit *près du corps médical*, accepterait de visiter les médecins pour une spécialité sérieuse. Peu exigeant. (2208)

## OFFRES

**PARIS.** — Pour cause de santé, docteur désire céder sa clientèle ancienne. Recettes 10.000 à développer par confrère actif. Faible loyer. Aucun frais. (314)

**PARIS.** — Près du centre dans quartier à communications des plus faciles, docteur céderait clientèle bien assise et très transmissible. Recettes 30.000. Loyer 1.800. Cause de fatigue. Indemnité 30.000. (312)

**COTE-D'OR.** — Très urgent. Docteur obligé de partir céderait pour indemnité de déménagement poste de 9 à 10.000. Est médecin du chemin de fer. (309)

**CENTRE.** — *Ville d'eau.* Pour raisons personnelles on céderait bonne clientèle contre faible indemnité. (307)

**INDRE-ET-LOIRE.** — Docteur céderait son poste d'un rapport de 8 à 9.000 contre légère indemnité dont la plus grosse partie sera payable sur les recettes. (304)

**A 2 heures de Paris.** — Docteur céderait au prix de facture installation complète : électrothérapie, voies urinaires tuberculose. Recettes 25.000 en baisse par suite de très mauvais état de santé. Loyer 2.500. Petit hôtel. Urgent. (300)

**EURE.** — Pour cause de départ forcé Docteur céderait poste de 20.000. Indemnité à débattre. (291)

**ALGÉRIE.** — Docteur obligé de rentrer en France céderait bon cabinet dentaire. Recettes 28.000. Conditions exceptionnelles. (287)

**AISNE.** — A céder excellent poste sans frais. Seul médecin fait la pharmacie. Recettes 12.000. Indemnité à débattre avec faible comptant. (286)

**BRETAGNE.** — Cabinet de spécialiste électroth. à céder dans ville agréable. Recettes 15.000 en progression. On ferait bonnes conditions. Urgent. (285)

**PARIS.** — Docteur désirant faire électrothérapie pourrait acquérir à de bonnes conditions Cabinet déjà ancien dans quartier central. (280)

**CHER.** — Obligé d'habiter le Midi Docteur cherche à céder poste d'un rapport de 12.000. Fixes 2.000. Peu exigeant. (277)

**PARIS.** — Noyau de clientèle avec fixes serait cédé contre faible indemnité. Quartier agréable. Loyer 1.300. (272)

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (252)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000. (257)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux et ancien de spécialité. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. A céder pour indemnité à débattre. (256)

**CENTRE.** — A céder. Etablissement ancien d'agents physiques. Bénéfices 20.000 fr. en 6 mois de saison. Indemnité 130.000 fr. à débattre. (243)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle à reprendre. Recettes 16.000. Indemnité 9.000. (231)

81e Année (Série XIIIe) — N° 65 Le Numéro : 25 Centimes 1er Août 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Président, Membre du Jury*
*Exposition Bruxelles, Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nomination.**

Le Gouvernement français vient de nommer notre directeur, M. le Docteur Lucien-Graux, membre du Jury de l'Exposition de Bruxelles (cl. XVI). Les opérations du Jury international commenceront le 2 août.

**A Marseille.**

Le compte rendu des opérations du Mont-de-Piété de Marseille, pour l'exercice 1909, qui vient d'être récemment publié, comporte des indications de statistique où nous pouvons puiser de pénibles enseignements : 47 docteurs, 7 pharmaciens, 14 accouchenses ont dû avoir recours aux onéreux services de cette administration ; 17 instruments de médecine et de chirurgie ont été engagés à ses guichets. N'est-ce pas que nous faisons triste figure dans cette liste où l'on ne compte à peine que 2 fonctionnaires, 20 avocats, 46 instituteurs et 460 domestiques ?

**Institut orthopédique de Berck.**

Le cours de vacances de M. Calot, à cause d'un empêchement imprévu, est retardé d'une semaine. Il aura donc lieu du 8 au 14 août. Pour les renseignements, s'adresser au Dr Fouchet, à Berck-Plage.

**Hopital Laennec (Cours de vacances). Service d'ophtalmologie du Dr Rochon Duvigneaud.**

Le Docteur Caillaud, assistant du service, commencera le mardi 2 août à 9 heures du matin, une série de dix leçons destinées aux étudiants et médecins généraux, avec examen de malades.

Programme des cours : éclairage latéral, pupille, acuité visuelle, accomodation, périmétrie, diplopie, simulation, pathologie des sourcils, paupières, conjonctive, cornée, sclérotique, iris, cristallin, glaucome, exophtalmie, voies lacrymales, accidents de travail. Le prix en est fixé à 20 francs. Le nombre de places étant limité, prière de s'inscrire dès maintenant dans la matinée auprès du Docteur Caillaud, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

**Faculté de Médecine de Paris.**

L'article 16 de l'arrêté du 30 novembre 1878 concernant l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 16. — Une commission composée du doyen, président, des professeurs d'anatomie, de médecine opératoire, d'anatomie pathologique, d'histologie, de physiologie et d'un professeur de clinique chirurgicale générale désigné par le conseil de la Faculté, est chargée de veiller à l'exécution du règlement de l'école pratique et de provoquer toutes les mesures nécessaires au fonctionnement régulier de l'établissement, et les améliorations dont ce service serait susceptible.

« Le secrétaire de la Faculté de médecine est attaché à cette commission en qualité de secrétaire chargé de la rédaction du procès-verbal. »

**IIe Conférence internationale pour l'étude du cancer.** (Paris, du 1er au 5 octobre 1910.)

La 2e conférence internationale pour l'étude du cancer se tiendra à Paris, du 1er au 5 octobre 1910, et siégera à la Faculté de médecine.

Pourront seuls y prendre part les membres des Sociétés ou Comités, affiliés à l'Association internationale, qui verseront une cotisation de 25 francs.

Les inscriptions seront reçues, pour chaque pays, par son comité national respectif. Pour la France, elles devront être adressées à M. Ledoux-Lebard, rue Clément-Marot, 22, Paris (VIIIe).

Les cotisations seront envoyées, pour tous les pays, indistinctement, au trésorier de l'Association française, M. H. de Rothschild, rue Saint-Philippe-du-Roule, 6, Paris (VIIIe.)

La Conférence se conformera, pour l'usage des langues, aux principes adoptés par les Congrès internationaux.

Travaux scientifiques. — La base des travaux de la Conférence internationale sera formée par une série de rapports, dont nous donnons ci-dessous la liste.

Ces rapports consacrés essentiellement aux progrès réalisés durant ces dernières années, surtout depuis 1906, et à l'exposé de l'état actuel des différentes questions traitées, seront imprimés et envoyés à tous les membres avant la Conférence.

Les manuscrits (qui ne pourront pas dépasser quinze pages d'impression in-8°) devront être envoyés avant le 15 août, soit à M. le professeur George Meyer, secrétaire général de l'Association internationale (13, Bendlerstrasse, Berlin), soit à M. le professeur Pierre Delbet, secrétaire général de l'Association française (24, rue du Bac, Paris). Ceux qui parviendraient après la date susdite ne pourraient pas figurer dans les publications de la Conférence.

Il sera accordé, lors de la Conférence, 15 minutes pour la lecture de chaque rapport et 5 minutes pour chaque argumentation ou remarque lors de la discussion des rapports. Toutefois, le Président pourra, dans les deux cas, prolonger ce laps de temps de 5 minutes. Mais une seconde prolongation ne pourra être accordée qu'avec la permission de l'assemblée.

MM. les membres du Congrès qui désireraient prendre part à la discussion des rapports sont priés d'en faire part le plus tôt possible aux secrétaires de leurs Comités nationaux respectifs en indiquant le ou les rapports en question.

MM. les membres de la Conférence qui prendront la parole au cours des discussions recevront un bulletin sur lequel ils voudront bien rédiger un résumé de leur communication, faute de quoi elle ne serait pas reproduite dans les comptes rendus.

Ceux-ci seront publiés conjointement par le Bureau de l'Association internationale et le Bureau de l'Association française pour l'étude du cancer.

Il ne sera pas admis à la Conférence de communications ne se rapportant pas à la discussion des rapports.

Liste des rapports qui seront présentés à la Conférence internationale. — 1re section : Histologie et diagnostic histologique : *a*) Essai d'une nomenclature internationale des tumeurs ; *b*) Technique histologique : *c*) Histogénèse et diagnostic histologique. — 2e section : Statistique : *a*) Méthodes statistiques et essai de statistique internationale; *b*) Résultats fournis par la statistique. — 3e section : Diagnostic clinique : *a*) Revue théorique des travaux récents ; *b*) Hémodiagnostic des cancers ; *c*) Chimisme des cancers; *d*) Enseignement professionnel complémentaire et éducation du public. — 4e section : Thérapeutique : *a*) Thérapeutique chirurgicale; *b*) Radiothérapie des tumeurs malignes; *c*) Valeur de la fulguration dans le traitement du cancer; *d*) Sérothérapie des tumeurs malignes; *e*) Traitement des malades inopérables et questions d'assistance. — 5e section : Etiologie et pathogénie *a*): Immunité ; *b*) Parasitisme et formation des tumeurs; *c*) Traumatisme et tumeurs; *d*) Théories cellulaires. — 6e section : Pathogénie comparée : Du cancer chez les animaux domestiques; *b*) Du cancer chez les animaux à sang froid; *c*) Tumeurs vraies chez les végétaux.

**L'Absinthe interdite en Suisse.**

L'absinthe va être prochainement complètement interdite en Suisse. Les Chambres fédérales, ont, en effet, définitivement et à l'unanimité voté la loi prohibant la fabrication, l'importation et la vente de l'absinthe et de toutes imitations sur le territoire suisse à partir du 7 octobre 1910.

## L'Auscultation sus-claviculaire du Poumon

DANS LA

### TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DÉBUT

Par le Dr F. RAMOND
Médecin des hôpitaux

La tuberculose pulmonaire débute presque toujours par un des sommets des poumons; c'est donc à ce niveau que doit porter l'examen physique, si l'on vent faire un diagnostic précoce de la lésion. Aussi, depuis Laënnec, les investigations se font-elles dans deux régions bien déterminées, les régions sous-claviculaire et sus-épineuse. Ce n'est qu'accessoirement que l'on ausculte les sommets dans le creux axillaire et surtout dans la partie inférieure du creux sus-claviculaire, c'est-à-dire l'espace situé entre le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien et le bord antérieur du trapèze, derrière la clavicule. Etant donnée la difficulté d'appliquer directement son oreille sur cette région, on emploie le stéthoscope, et, malgré l'imperfection des résultats que donne l'usage de cet instrument dans l'étude des bruits respiratoires, on peut parfois dépister une tuberculose commençante, et presque toujours confirmer les données de l'auscultation sous-claviculaire ou sus-épineuse. Aussi partageons-nous l'avis de Courtellemont (1) lorsqu'il affirme que l'examen du creux sus claviculaire, s'il est de moindre importance que celui des deux autres régions classiques, doit se pratiquer systématiquement chez tout tuberculeux. Pour notre part nous ne le négligeons jamais, et il nous a quelquefois permis de dépister des tuberculoses initiales, latentes jusque-là. Mais nous conseillons de n'employer le stéthoscope que lorsque l'auscultation immédiate sera impossible.

Si la région du triangle sus-claviculaire a été souvent le siège de recherches chez les tuberculeux, il n'en est pas de même d'une autre région que nous examinons aussi systématiquement et que l'on a négligée jusqu'ici; nous voulons parler de la *fossette sterno-cléido mastoïdienne.* Et cependant, si nous jetons un coup d'œil sur l'anatomie topographique du dôme pulmonaire, nous voyons que ce dôme ne répond que par une faible étendue au creux sus-claviculaire, à moins qu'il ne soit atteint d'emphysème prononcé, auquel cas il déborde nettement la première côte, et envahit une partie notable du triangle sus-claviculaire. Tous les anatomistes sont d'accord en effet pour situer la partie la plus accessible du sommet en arrière de l'insertion du chef claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien, au niveau de la fossette sterno-cléido-mastoïdienne, formée par l'écartement des deux bandes d'insertion sternale et claviculaire du muscle en question.

D'après Sappey, le poumon dépasse la portion interne de la clavicule de 12 à 15 millimètres, de 3 à 4 centimètres d'après Richet, de 5 centimètres d'après Cruveilhier. Pour Pausch, qui a fait une étude complète de cette région, le poumon peut ne pas dépasser la clavicule dans l'expiration forcée ou dans l'élévation extrême de l'épaule, tandis que, dans le cas contraire, il est démasqué dans une étendue qui peut atteindre 5 centimètres. D'après Testut et Jacob, le sommet du poumon répond à l'orifice supérieur du thorax, et déborde en haut de 20 à 25 millimètres la partie antérieure de la première côte et l'extrémité interne de la clavicule. H. Barth dit que le dôme pulmonaire remonte en avant jusqu'à 4 centimètres environ au-dessus de la clavicule; c'est également l'avis de Cassaët lorsqu'il écrit que « le sommet du poumon, plus élevé qu'il ne paraît, d'après la forme de la cage thoracique, déborde la clavicule d'une hauteur qu'on peut normalement évaluer à 4 ou 5 centimètres. Le poumon apparaît alors sous forme d'une calotte de sphère qui comble une partie du creux sus-claviculaire derrière le tiers interne de la clavicule ». Mais c'est dans le *Traité d'anatomie* de Poirier que nous trouverons le meilleur argument anatomique : « En ce qui concerne les rapports du sommet du poumon avec la clavicule, on peut admettre avec Pausch que ce sommet déborde la clavicule de 1 à 2 centimètres, de telle sorte qu'un plan rasant horizontalement la face supérieure de cet os, au voisinage de son extrémité sternale, atteindra sûrement le poumon. Ceci explique comment le poumon est vulnérable en avant et sur les côtés, au-dessus de la clavicule, comment aussi c'est surtout latéralement, *en arrière de l'extrémité inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, qu'il est le moins masqué et le plus accessible à l'auscultation et à la percussion.* »

Cependant l'examen de cette fossette sterno-cléido-mastoïdienne offre quelques difficultés de technique ou d'interprétation. Tout d'abord la saillie des deux chefs d'insertion est une gêne pour l'application de l'oreille ou de l'orifice du stéthoscope. Il existe de plus, en arrière du muscle et de son aponévrose, de gros vaisseaux, les artères carotide et sous-clavière, et le tronc veineux trachéo-céphalique. Mais ni le murmure ni le thrill vasculaires ne nous ont jamais gêné notablement dans nos recherches cliniques, même lorsqu'il s'agissait de chlorotiques avérés. Reste l'existence du bruit trachéal respiratoire qui vient se surajouter au murmure vésiculaire du sommet et le renforce considérablement. Il n'est pas possible de le supprimer, puisqu'il se propage bien au delà de la région examinée. Néanmoins, malgré son intensité, il ne couvre pas complètement le bruit respiratoire du dôme pulmonaire. Celui-ci garde son autonomie et, avec un peu d'expérience on peut faire la part de l'un et de l'autre. Nous en avons eu la preuve à propos d'une malade vue à la consultation de la Pitié pour un pneumothorax gauche total, qui avait supprimé complètement la respiration de ce côté. L'auscultation de la fossette sterno-cléido-mastoïdienne gauche révélait l'existence du seul souffle trachéal de propagation, puisque l'air ne pénétrait plus que dans le poumon gauche entièrement rétracté. Ce souffle était assourdi, incomparablement moins accentué que celui de la fossette sterno-cléido mastoïdienne droite, où la respiration trachéale et le murmure vésiculaire se confondaient. La différence dans l'intensité de la respiration dans les deux fossettes mesurait exactement la force du murmure vésiculaire du sommet du poumon. et nous avons vu que cette différence était des plus marquées. Donc, l'auscultation de la région sterno-cléido-mastoïdienne donne des résultats que l'on pourra interpréter.

La percussion de ces fossettes est des plus faciles; mais elle est différente suivant l'état de septicémie du poumon. Dans l'expiration forcée, le sommet disparait sous le doigt, et l'on n'a que la matité. Dans l'inspiration, au contraire, le poumon affleure derrière la clavicule, et l'on peut, par comparaison, constater une différence de tonalité entre les deux côtés. La recherche des vibrations ne donne pas de résultat cliniquement appréciable. L'auscultation, par contre, est de la plus grande utilité. Elle peut s'effectuer directement par l'oreille, ou indirectement par le stéthoscope. Mais, nous le répétons, le stéthoscope est ici un instrument défectueux; comme le dit fort bien Barth, « les stéthoscopes ordinaires atténuent les bruits, les stéthoscopes composés les déforment et les rendent souvent méconnaissables. Aucun stéthoscope ne vaut une bonne oreille ».

Cependant, lorsqu'il s'agit d'individus très maigres, chez lesquels la fossette est profondément située entre les deux chefs musculaires, ou bien d'autres malades dont le cou est trop court pour que la tête du praticien puisse s'y placer commodément, force sera de recourir à l'emploi du stéthoscope. Dans ces conditions, on applique l'embouchure du stéthoscope bien à plat sur la fossette, puis sur le chef claviculaire du muscle sterno-cleido-mastoïdien, de façon que *tout son pourtour porte sur la peau.* Les bruits arrivent à l'oreille un peu déformés, mais suffisamment précis pour pouvoir en tirer un certain bénéfice.

Par contre, toutes les fois que l'auscultation immédiate sera possible,et ce sont heureusement les cas les plus fréquents, elle devra être employée. Le malade est assis sur son lit, ou debout de préférence; il incline la tête et la tourne légèrement du côté opposé à la fossette à ausculter. De même le médecin se place du côté opposé à celui que l'on veut examiner, puis on prie le patient de respirer doucement, par le nez de préféreoce, afin de diminuer l'intensité du bruit trachéal. Voici ce que l'on constate à l'état normal : la toux ne retentit pas sous l'oreille, elle est plutôt soufflante; la voix n'a aucune résonance particulière; elle est confuse, n'ayant nullement le timbre bronchophonique. L'inspiration est forte, légèrement soufflante, à cause du voisinage de la trachée; l'expiration est plus prolongée, moins forte et moins soufflante.

Si maintenant nous appliquons la méthode au cas qui nous occupe, c'est-à-dire au cas d'une tuberculose pulmonaire au début, les résultats en sont souvent intéressants. La toux retentit le plus souvent très fort à l'oreille, parfois d'une façon désagréable ou pénible; la voix résonne davantage. L'inspiration est rude, parfois saccadée, l'expiration plus prolongée, plus saccadée du côté malade; il est des faits cependant où la respiration est plus assourdie dans

(1) Courtellemont. *La Clinique*, 1er novembre 1907.

ses deux temps, tout comme dans certains cas d'auscultation sous-claviculaire. Enfin, lorsque le malade respire à fond, ou après une quinte de toux, on peut percevoir l'existence de râles sibilants, crépitants ou sous-crépitants, qui éclatent sous l'oreille avec une netteté sans pareille.

Nous avons examiné comparativement cent cinquante tuberculeux au début, aux consultations de médecine de la Pitié et de Saint-Antoine, avec la méthode classique et celle que nous venons de décrire. Nous n'essaierons pas d'en donner même un simple résumé, la chose ayant été faite en partie dans la thèse de Duval (1); nous nous bornerons à ne fournir que des conclusions.

Trois cas peuvent se présenter : 1° L'auscultation de la fossette sterno-cléido-mastoïdienne et du triangle sus-claviculaire donne des résultats plus nets ou plus précoces que l'auscultation classique. C'est le cas le plus exceptionnel ; 2° les résultats fournis par les deux méthodes sont comparables ; c'est un cas plus fréquent, mais encore relativement rare ; 3° la méthode classique fournit des symptômes plus précoces et plus apparents que notre méthode. Il faut avouer que c'est là le cas ordinaire.

Nous pouvons donc conclure que la méthode classique de recherches des signes physiques du début de la tuberculose est incontestablement la meilleure. Mais l'auscultation du triangle sus-claviculaire et de fossette sterno-cléido-mastoïdienne, si elle lui est inférieure, a cependant le mérite de dépister parfois une tuberculose latente jusque-là, et en tous cas de confirmer presque toujours les résultats déjà obtenus. Dans les cas douteux, elle ne doit donc pas être négligée (2).

(1) *Thèse Doctorat*, Paris, 1909-1910

(2) Cette auscultation peut également rendre quelques services dans la pneumonie du sommet, la pleurésie, l'emphysème, la dilatation des bronches ou le pneumothorax.

# Un cas de récidive de Variole

Par M. F. CORSY,
Interne des Hôpitaux, à Marseille.

Dans le service de M. le prof. Alezais, nous avons pu observer le fait suivant de récidive de variole :

Le nommé D... P..., employé de commerce, âgé de trente-neuf ans, entre à la salle Rossat, le 17 août, présentant une éruption variolique.

Rien à signaler dans son hérédité ; c'est un malade plutôt chétif, blond, né aux colonies où il vécut très longtemps. Il aurait présenté des symptômes d'hépatite.

Le 15 août, après quelques jours de malaises vagues, un peu de rachialgie, de céphalée, le malade a un grand frisson, la température monte vers 38°,9, nausées, apparition de quelques macules discrètes sur la face. Rapidement l'évolution a lieu : papules, pustules ombiliquées, caractéristiques surtout sur la face. Ces pustules nombreuses mais disséminées sont de petit volume. Le malade ne présente qu'à un léger degré l'enflure de la tête et des mains. La dessiccation se fait rapidement, le tout n'a duré que cinq à six jours.

Pour éviter la contagion, on garde le malade.

Le 2 octobre, frisson, la température monte à 39°,9; le lendemain, nouveau frisson malaise général, céphalalgie, courbature, nausées, pas de vomissements. Enfin, le troisième jour, apparaît l'éruption de macules, siégeant, d'abord sur la face puis se généralisant. La température baisse, puis remonte un peu à la suppuration. Les papules sont nombreuses, surtout à la face, sur le nez, où elles sont très caractéristiques, ombiliquées. La voûte palatine en présente une volumineuse. Le malade a une enflure des mains, de la face, de bonne augure.

L'examen viscéral ne signale aucune complication.

Notons que le malade était entré peu de jours après un individu atteint de variole et qu'ils sont restés tous deux, longtemps dans la même salle.

En résumé : première atteinte de varioloïde très nette ; récidive un mois et demi après : variole discrète.

Thoinot admet la possibilité d'une récidive à plus ou moins longue échéance, disant : « Il se pourrait qu'une variole très discrète, bénigne, n'empêche pas le développement ultérieur d'une forme grave. »

Les observations de récidives ne sont pas fréquentes : Besnier, Moutard Martin, Mesnet, Kelsch, Wolfgand en rapportent quelques cas.

La Société médicale des hôpitaux de Paris, en sa séance du 13 janvier 1871, mit à l'étude cette question.

Milliard ne croit pas à cette récidive rapprochée : il pense que la première atteinte, souvent diagnostiquée varioloïde, n'est qu'une varicelle. Le 26 janvier, Laboulbène cite trois observations, d'ailleurs peu probantes : ce sont des malades qui, après une maladie éruptive prise pour une varioloïde, auraient été vaccinés ensuite avec succès.

Dans notre cas, le diagnostic de varioloïde est cliniquement certain dans la première éruption et dans la seconde.

S'agit-il de rechute ou de réinfection ? La présence d'un deuxième variolique dans la salle rend la question insoluble.

# Les Colorants des Solutions Toxiques

par le Dr Thibonneau (de Cannes)

On a pris l'habitude, dans le but d'éviter des accidents, d'ajouter aux solutions toxiques d'usage courant qui sont incolores par elles-mêmes, comme en particulier celles de bichlorure de mercure, un produit colorant qui les fait reconnaître.

Cette manière de faire, qui présente des avantages certains, rendrait encore plus de services si on lui appliquait les règles fondamentales suivantes :

1° Pour un même produit, se servir toujours d'un même colorant.

2° Employer une quantité de colorant proportionnelle à celle du produit actif.

Ainsi, pour ne parler que du bichlorure de mercure, on colore généralement ses solutions en bleu, quelquefois en rose, quelquefois pas du tout, comme c'est le cas pour la liqueur de Van Swieten, qui depuis que le nouveau Codex en a supprimé l'alcool ne fait plus avec la simple solution de sublimé au millième qu'une seule et même chose.

Il est également regrettable qu'une solution de sublimé à 1 pour 100 ou à 1 pour 4.000 présente la même coloration.

Ces inconvénients sont supprimés si l'on applique les règles formulées plus haut.

Le bleu de méthylène ayant déjà la consécration de l'usage et ne présentant pas d'inconvénients, c'est lui que nous adopterons à la dose de *deux milligrammes par gramme* de chlorure mercurique et nous formulerons ainsi :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure.. | 1 gramme |
| Eau.................. | 999 — |
| Sol. au 1000e de bleu de méthylène.......... (ou encore bleu de méthylène (2 milligr.). | XL gouttes |

et par exemple pour 200 c.c. de solution à 1 pour 4000 :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure.. | 0,05 centig. |
| Eau.................. | 200 gr. |
| Sol. au 1000e de bleu de méthylène........... | II gouttes |

Ajoutons que le bleu de méthylène n'étant pas toxique, il n'y a aucun inconvénient à donner comme liqueur de Van Swieten la première solution formulée ci-dessus.

# REVUE D'HYDROLOGIE

**Contribution à l'étude de l'action des eaux minérales : colloïdes et eaux minérales,** par M. le Dr Joseph Foucaud (*Soc. d'Hydr. méd.*).

L'action d'une eau minérale constitue un problème fort complexe, car les facteurs les mieux connus tiennent à sa minéralisation et à son état physique.

On a longtemps admis qu'une eau minérale était d'autant plus active qu'elle était plus chargée en sels minéraux. Cette opinion n'était cependant nullement en rapport avec l'observation clinique; nous ne pouvons affirmer, en effet, que l'action d'une eau minérale puisse se déduire de celle de l'élément qui prédomine dans sa composition, et nous ne pouvons refuser une action thérapeutique consacrée par l'observation à des sources où la chimie ne révèle qu'une minéralisation des plus réduites.

L'étude de la constitution physique permet, au contraire, de résoudre certains points du problème par l'application aux recherches hydrologiques des données acquises dans l'étude de la cryoscopie, de l'ionisation, de la radioactivité et de l'état colloïdal.

De toutes ces nouvelles branches, celle des colloïdes semble avoir été jusqu'ici, au point de vue qui nous occupe, la moins fertile en travaux et en résultats. Néanmoins, nous avons pensé qu'une mise au point de la question pouvait être intéressante. Nous étions d'autant plus autorisés à le faire que nous avions déjà fourni sur ce sujet une modeste contribution personnelle.

Graham, le premier, avait divisé les corps en deux grandes classes suivant qu'ils pouvaient ou non diffuser dans l'eau et dialyser à travers les membranes. Aux premiers, il donna le nom de cristalloïdes, aux seconds celui de colloïdes. A l'heure actuelle, la signification du mot colloïde s'est étendue au delà des limites fixées par Graham: l'état colloïdal est un état intermédiaire entre l'état liquide et l'état solide.

Etant donné un liquide, les substances qui s'y trouvent peuvent se présenter sous des états de grosseur différents: grosses agglomérations moléculaires visibles à l'œil nu, molécules simples, ions. On admet généralement que les corps qui se trouvent dans un solvant soit à l'état de mélécules, soit à l'état d'ions y forment des solutions vraies. Ceux qui s'y trouvent à l'état de gros fragments solides, de gouttelettes visibles à l'œil nu cu au microscope et plus grands que 1 μ, constituent des suspensions ou des émulsions. Entre ces deux limites extrêmes, il existe unc catégorie de corps constitués par des particules qui ne sont plus visibles au microscope, dont les dimensions oscillent entre 40 μμ et 1/2 μ, et qui sont visibles seulement à l'ultramicroscope. On dit de ces particules qu'elles se trouvent dans le solvant à l'*état colloïdal*.

Les substances à l'état colloïdal sont donc des suspensions dana un liquide de granules ultramicroscopiques. Ces suspensions sont douées, en outre, de propriétés physico-chimiques toutes particulieres de l'ordre des réactions biologiques.

Parmi les principales propriétés qui caractérisent les substances colloïdes, nous étudierons successivement: les propriétés optiques, l'adsorption, le pouvoir catalytique, le transport électrique, les réactions de colloïde à colloïde ou de colloïde à électrolyte.

Nous serons bref sur chacun de ces chapitres. Nous nous contenterons de signaler les seules généralités capables de faire comprendre quel rôle peuvent jouer les colloïdes dans l'étude des eaux minérales. Nous renvoyons, pour les détails, aux travaux et aux mémoires de J. Bredig (1), Victor Henry (2), Iscovesco (3), A. Mayer (4), Stodel (5), Cotton et Mouton (6), Mlle Bourguignon (7), Netter (8), Robin (9) auxquels nous faisons de larges emprunts.

*Propriétés optiques.* — Les granules colloïdaux ne sont pas visibles à l'aide du microscope quelle que soit sa puissance. Mais ils présentent le phénomène de Tyndall : ils diffractent la lumière qu'ils reçoivent et peuvent devenir lumineux par eux-mêmes et visibles pour un observateur qui regarde de côté. Chacun d'eux devient par un éclairage convenable un centre lumineux. C'est sur l'utilisation de cet éclairage oblique que repose l'ultramicroscope.

L'ultramicroscope se compose d'une source lumineuse intense, d'une lentille interposée entre la source et le microscope, et d'un dispositif particulier ayant pour but d'éclairer latéralement la préparation et de réfléchir les rayons lumineux. Le champ de la préparation présente ainsi un fond noir sur lequel viennent se détacher les particules ultramicroscopiques lumineuses par elles-mêmes et donnant l'impression d'un « ciel étoilé ».

Ces granulations sont animées de mouvements oscillatoires et vibratoires très fins entrevus par Brown et particulièrement étudiés par Victor Henry.

L'*adsorption* consiste en ce fait que si l'on met en présence un corps solide et un liquide, il existe à la surface de séparation de ces deux corps une zone très mince dans laquelle les éléments en présence se trouvent liés par une force toute spéciale. Si l'on trempe, comme l'a montré Bunsen, une lamelle dans un verre d'eau et qu'après l'avoir retirée on l'essuie fortement, il reste encore, adhérente à cette lamelle, une couche liquide de 5/1.000.000 de millimètre d'épaisseur et cette adhérence est tellement puissante qu'il faut chauffer à 500 degrés pour chasser cette couche d'eau.

Du fait de leur grand nombre, les granules en suspension dans une solution colloïdale présentent une surface d'adsorption considérable. D'après les calculs de Zsigmondy et J. Kirchner une solution d'or colloïdal à 0 gr. 05 par litre contient 1 milliard de granules par millimètre cube. Le diamètre des granules d'une solution pouvant être évalué à 15 μμ on trouve que la surface totale des grains contenus dans 1 centimètre cube représente 625 mètres carrés.

On comprend donc le pouvoir énorme d'adsorption que peuvent présenter des poudres fines et des particules colloïdales à surface considérable.

Parmi les corps qui peuvent être adsorbés, ce sont les ions qui le sont le plus facilement, puis viennent les molécules. L'adsorption se produit de même pour les colloïdes aussi bien que pour les électrolytes.

*Pouvoir catalytique.* — C'est à cette puissance d'adsorption, à cette propriété qu'ont les granules de fixer et de transporter des ions actifs, qu'est due cette autre propriété des colloïdes : le pouvoir catalytique.

Un corps catalytique est un corps qui peut, par sa simple présence et sans y prendre part lui-même, accélérer la vitesse d'une réaction chimique ou biologique.

Si on ajoute de l'eau à de l'acétate de méthyle, on obtient de l'acide acétique et de l'alcool, mais la réaction se produit très lentement. Si on ajoute un électrolyte, de l'acide chlorhydrique par exemple, la réaction se produit beaucoup plus vite et l'acide chlorhydrique se retrouve libre à la fin de la réaction. Il n'est intervenu dans la réaction qu'à titre d'accélérateur. Il a exercé une action catalytique sur la décomposition de l'acétate de méthyle. Il en est de même de l'action de la mousse de platine, du platine colloïdal sur la décomposition de l'eau oxygénée. Il y a disproportion entre la quantité d'agent accélérateur employé et la quantité de corps transformé.

Les colloïdes interviennent donc à dose infinitésimale pour faciliter les réactions, et on peut les retrouver intégralement à la fin de ces réactions. Cette action catalytique ressemble à celle des diastases et des ferments.

*Transport électrique.* — Si l'on fait passer un courant électrique à travers une solution électrolytique, il y a dissociation et transport des ions: les ions + se rendent au pôle —, les ions — au pôle +.

Si, au contraire, on fait passer un courant électrique dans une solution colloïdale, le colloïde se transporte en masse vers l'un des électrodes. Les colloïdes + vont au pôle négatif et inversement.

On peut facilement se rendre compte de ces phénomènes en mettant dans un tube en V une solution colloïdale de sulfure d'arsenic et en faisant plonger dans chacune des branches un électrode en platine. On voit alors qu'il se produit une décoloration du côté du pôle — et un transport en masse et régulier des granules vers le pôle +. Comme ces granules se sont transportées au pôle contraire à leur charge électrique, on voit que le sulfure d'arsenic colloïdal est un colloïde négatif.

L'étude du transport électrique a fait diviser les colloïdes en colloïdes négatifs (or, argent, platine, soufre, chlorures colloïdaux, albumine, amidon, glycogène) et en colloïdes positifs (hydrate de fer, oxyhémoglobine, violet de méthyle, rouge de Magdala).

*Précipitabilité de colloïdes par les électrolytes.* — Lorsqu'on ajoute à une solution colloïdale certains électrolytes, les granules absorbent l'électrolyte et précipitent. Cette précipitation est soumise à certaines lois qui diffèrent de celles de la chimie générale : elle exige pour se produire un minimum d'électrolyte au-dessous duquel il ne se produit rien. En outre un électrolyte précipite avec d'autant plus de puissance qu'il est dissocié ou que sa valence est plus grande.

*Réactions des colloïdes à colloïdes.* — Si à un colloïde de signe déterminé on ajoute un colloïde de même signe, il n'y a pas de précipitation et leurs propriétés s'ajoutent.

Si au contraire on ajoute à ce colloïde un colloïde de signe contraire, il se produit un précipité à partir d'une certaine quantité de colloïde ajouté. Si l'on dépasse la dose critique, il se produit une redissolution (réversibilité).

Telles sont brièvement exposées les notions générales qu'il était nécessaire de faire ressortir avant d'aborder l'étude des colloïdes dans les eaux minérales.

On connait assez l'importance des colloïdes en biologie pour qu'il soit inutile de consacrer à ce chapitre un long développement. Tous les constituants élémentaires de l'organisme (protéides, albumines, amidon, glycogène, graisses neutres, etc.), les liquides organiques (sang, lymphe, sucs digestifs), le protoplasma lui-même, sont à l'état colloïdal et toutes les réactions qui se passent dans ces milieux participent des propriétés chimiques des colloïdes. (Stodel).

Si donc l'eau minérale est un être vivant, il paraît tout naturel de chercher si la présence de colloïdes n'intervient pas pour une certaine part dans l'action si complexe de cet agent thérapeutique.

L'emploi en thérapeutique des métaux colloïdaux met d'ailleurs nettement en évidence l'action sur la nutrition.

Les colloïdes sont des agents anti-infectieux. Ils semblent agir à la fois comme antiseptiques et en augmentant d'une façon puissante les moyens de défense de l'organisme.

Sans doute la présence dans les eaux minérales de substances à l'état colloïdal ne saurait avoir la prétention de donner une explication définitive et complète de leur mode d'action. Il ne s'agit là que d'une donnée nouvelle au même titre que l'ionisation et la radio-activité ; mais à ce titre-là aussi cette donnée est intéressante.

Dès 1875, la présence de colloïdes dans les eaux minérales avait été signalée à la fois par Loutry et par Garrigou.

Loutry (1) avait remarqué que l'on pouvait y séparer par la dialyse deux substances, l'une cristalloïde, l'autre colloïde.

Garrigou (2) avait fait la même remarque en analysant la Source Veille des Eaux-Bonnes. Il admettait déjà la présence dans les eaux minérales de véritables oxydases naturelles, oxydases dues à la combinaison de métaux avec des matières organiques colloïdales ; « La plupart des métaux lourds se tiennent du côté de la matière colloïde et ne se révèlent à l'analyse qu'après destruction complète de cette substance par le feu ». Et la conclusion que formulait dans une de ses leçons notre ancien maître de

(1) Bredig : *Zeits. f. Electroch.* t. IV, 584, 1898 ; *Zeits, f. angen. Chem.*. 1898 ; *Anorganische Fermente*, Leipzig, 1904.

(2) Victor Henry et A. Mayer : Etat actuel de nos connaissances sur les colloïdes. *Rev. gén. des Sciences*, 1904, p. 1015. — Victor Henry, Mayer, Laton, Stodel : *C. R. Soc. Biol.*, 1903. — Victor Henry et A. Mayer : Conditions générales de persistance et de précipitation et de redissolution des solutions colloïdales. *C. R. Soc. Biol.*, 1906. p. 435. — Victor Henry et Mayer : Action des radiations et du radium sur les colloïdes. *C. R. Soc. Biol.*, p. 1906. — Victor Henry : Mesure du pouvoir catalytique des métaux colloïdaux. *C. R Soc. Biol.*, 1906, p. 1040. — Victor Henry : Etude cinématographique des mouvements Browniens (*Acad. Sciences*, 1908).

(3) Iscovesco : Colloïdes en biologie et en thérapeutique. *Presse med.*, 10 fév., 3 mars, 4 avril 1906, 8 mai 1907 ; *C. R. Soc. Biol.*, 1906, 1907.

(4) A. Mayer : *C. R. Soc. Biol.*, 1907.

(5) Stodel : Les colloïdes en biologie et en thérapeutique. Le Mercure colloïdal électrique. *Thèse* Paris, 1908.

(6) Cotton et Mouton : *Les ultra-microscopes et les objets ultra-microscopiques*. Masson, 1906.

(7) Mme Bourguignon : De l'argent colloïdal. *Thèse* Paris, 1908.

(8) Netter : *Presse méd.*, 11 fév. 1903.

(9) A. Robin : *Ferments métalliques et leur emploi*. Rueff, 1908.

(1) Loutry : Cité in *Thèse* Daniel, Paris, 1910.

(2) Garrigou : Etat colloïdal des métaux dans les eaux minérales. *Gaz. des Eaux*, 1904.

Toulouse, prévoit singulièrement les résultats obtenus ces dernières années avec les ferments métalliques : « Lorsqu'on se trouve, dit-il, en présence de malades ayant subi des maladies infectieuses débilitantes ou anémiantes, ayant diminué le pouvoir d'oxydation de leurs tissus, l'on doit après examen métalloscopique et constatation de l'état de pauvreté de leurs urines en produits azotés oxygénés, les envoyer aux eaux riches en métaux et en matières organiques colloïdes. Il se produit souvent chez eux par leur usage de véritables débâcles d'acide urique et d'urée qui sont le point de départ de guérisons quelquefois inespérées. »

Et même P. de Heen et H. Micheels (1), Fugairon (2), P. See (3) signalent toute l'importance que présente cette action des oxydases dans les eaux minérales. « Ces substances colloïdales sont pour P. See capables de véritables actions catalytiques, d'actions physiologiques considérables et hors de proportion avec la quantité de métal employé. »

Notre maître H. Iscovesco (4) sortit le premier, en 1906, du domaine de l'hypothèse et, à la suite de ses intéressantes travaux sur les colloïdes, il fut amené à rechercher et à déterminer la présence de colloïdes de signe électronégatif dans des eaux minérales sulfureuses et arsénicales qu'il avait examinées. Iscovesco avait employé dans ses recherches les méthodes de dialyse, de précipitation et de transport électrique.

C'est sur ses conseils que nous avons entrepris en 1907, au laboratoire de physiologie de la Sorbonne, en même temps que notre ami le Dr Salignat (de Vichy), des recherches du même genre que sur les eaux minérales de nos stations repectives (5).

Après avoir fait dialyser pendant une dizaine de jours dans des sacs de viscose 100 centimètres d'eau des différentes sources de Châtel-Guyon, nous avons constaté au fond du sac un dépôt rougeâtre d'oxyde de fer que nous avons séparé de l'eau contenue dans le reste de ce sac dialyseur. Nous nous étions assurés tout d'abord que la dialyse était complète par ce fait que la conductivité électrique de l'eau contenue dans le sac de viscose était devenue sensiblement égale à celle de l'eau distillée. C'est sur cette eau séparée du dépôt que nous avons établi nos recherches

Nous avons utilisé pour caractériser la présence de colloïdes les deux méthodes de précipitation et de transport électrique.

Nous avons vu que deux colloïdes qui se précipitent mutuellement en l'absence de tout électrolyte sont de signes contraires.

Pour toutes les sources examinées (Gubler, Marguerite, Yvonne, Leval, Germaine), nous n'avons obtenu aucun précipité avec le sulfure d'arsenic colloïdal qui est électro-négatif. Mais en faisant agir l'hydrate de fer (électropositif) par gouttes sur 1 centimètre du liquide dialysé de chaque source, nous avons obtenu des précipités variables suivant la quantité de gouttes employées, ainsi qu'en témoigne le tableau ci-après :

*Gubler IV* (Temp. 37°5, $\varkappa = 914^{10-4}$) : précipité floconneux à partir de 2 gouttes. Redissolution à partir de 7 gouttes.

*Marguerite* (Temp. 27 degrés, $\varkappa = 58^{10-4}$) : précipité à partir d'une goutte. Pas de redissolution jusqu'à 12 gouttes.

*Yvonne* (Temp. 33 degrés, $\varkappa = 94^{10-4}$) : précipité à partir de 2 gouttes, redissolution à 4 gouttes, formation d'un nouveau précipité à 5 gouttes, redissolution à 6 gouttes.

*Leval* (Temp. 33, $\varkappa = 97^{10-4}$) : léger précipité à 5 gouttes, redissolution à 6 gouttes.

*Germaine* (Temp. 36, $\varkappa = 98^{10-4}$) : précipité à partir d'une goutte. Pas de redissolution jusqu'à 12 gouttes.

(1) Heen et Micheels : Sur les substances à l'état particulier dans les eaux minérales. Cités par P. See et Daniel.

(2) Fugairon : Esquisse d'une nouvelle théorie des eaux sulfurées et chlorurées sodiques. *Gaz. des Eaux*, 27 juin 1908.

(3) P. See : Les oxydases des eaux minérales. *Gaz. des Eaux*, 3 janvier 1907.

(4) Iscovesco : Présence de colloïdes dans les eaux de boisson de Paris et dans les eaux minérales. *Presse méd.* 1905, n° 83. .

(5) Foucaud et Chamaque : Recherches physico-chimiques sur les eaux de Châtel-Guyon. *C. R. Soc. Biol.*, Paris, 1907.

Les eaux de Châtel-Guyon contiennent donc des substances à l'état colloïdal et ces substances sont des colloïdes négatifs.

Le transport électrique a vérifié ces observations : après douze heures de transport dans un tube en v de liquide dialysé, le liquide recueilli au pôle + nous a constamment donné un précipité avec un nombre de gouttes suffisant d'hydrate de fer.

Nous avons tenté de déterminer la nature des colloïdes contenus dans l'eau de la source Gubler. Mais les méthodes de recherches étaient un peu trop délicates et nous ne saurions tirer des conclusions de ces dernières recherches. Nous avons trouvé des traces de substances organiques colloïdales qui peuvent avoir, suivant l'opinion de Garrigou, quelque importance au point de vue de la constitution physique et de la solubilité des métaux contenus dans cette eau. Quant au dépôt rougeâtre qui se forme au fond du sac de viscose, il est constitué par de l'hydrate d'oxyde de fer, colloïdal d'abord, mais qui ne tarde pas à se sédimenter.

En même temps que nous, Salignat (1) faisait des recherches semblables sur les eaux de Vichy. Cet auteur a examiné les différentes sources de sa station dans des conditions semblables à celles que nous avons utilisées pour les eaux de Châtel-Guyon.

Le sulfure d'arsenic ne donnait aucun précipité, l'hydrate de fer précipitait toutes les sources sauf les Célestins. Toutes les eaux de Vichy, à l'exception de cette dernière source, contiennent donc des colloïdes électronégatifs. De même après vingt-quatre heures de transport électrique, le liquide prélevé au pôle + donnait un précipité avec l'hydrate de fer. Celui retiré au pôle négatif ne donnait rien. Quant à l'arsenic colloïdal, il ne donnait aucun précipité soit avec le liquide du pôle + soit avec le liquide du pôle —.

Tout récemment enfin Daniel (2), dans une intéressante thèse, a fait une mise au point générale de la question et particulièrement étudié les colloïdes de l'eau d'Enghien.

Cet auteur a utilisé en outre de la précipitation et du transport électrique l'ultra-microscope et la détermination de l'acide catalytique.

L'examen des particules colloïdales à l'ultramicroscope a été pratiqué sur l'eau native et sur de l'eau embouteillée.

Avec de l'eau native, Daniel a constaté de gros granules brillants et fixes et quelques granules peu réfringents dont la mise au point était difficile à cause de la rapidité de leurs mouvements. Après centrifugation, le nombre de ces granules fins et mobiles était singulièrement augmenté.

Avec de l'eau embouteillée, de « l'eau morte », ces granules étaient au contraire en grande partie précipités.

L'eau de Seine, l'eau de source, l'eau distillée ne montrent que très peu de ces éléments.

L'hydrate de fer donne un précipité très net avec l'eau d'Enghien à partir d'une goutte. Ce précipité se redissout à XXX gouttes.

Il y a donc dans l'eau d'Enghien des colloïdes et ces colloïdes sont électronégatifs.

Le transport électrique vérifie entièrement cette conclusion.

L'eau d'Enghien aurait de même une action catalytique à la façon des colloïdes. Elle activerait la décomposition de l'eau oxygénée en présence du permanganate de potasse.

(1) Salignat et Chamaque : Recherches physico-chimiques sur les eaux de Vichy. *C. R. Soc. Biol.*, Paris, 1907.

(2) Daniel : Colloïdes et eaux minérales *Thèse*, Paris, 1910.

Enfin Daniel a remarqué que les colloïdes de l'eau d'Enghien étaient influencés par le rayonnement du radium: la solution en partie précipitée peut être redissoute par les rayons X du radium ainsi que par les rayons cathodiques de l'ampoule de Crookes filtrés par le mica.

Ces divers travaux résumés, quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette étude ?

En outre des données fournies par l'analyse chimique, trois théories plus nouvellement émises semblent vouloir expliquer l'action des eaux minérales : l'Ionisation, la Radio-activité, et les Colloïdes. Ces trois théories sont étroitement unies entre elles. Nous venons de voir l'influence de la radioactivité sur la stabilisation des solutions colloïdales et sur leur redissolution.

Les colloïdes nous apparaissent d'autre part, en outre de l'activité propre déjà considérable de leurs granules, comme chargés de transporter l'énergie que leur communiquent les ions.

Ils semblent donc de ce fait offrir le plus grand intérêt aux recherches des hydrologues. L'eau minérale agit à la façon d'un mélange biologique et à la connaissance plus complète des réactions biologiques qui, nous l'avons vu, sont toutes des réactions de colloïdes à colloïdes, fournira certainement des indications utiles au mode d'action des eaux.

## REVUE DE GYNECOLOGIE

**Grossesse avec l'hymen intact** (*Journ. d'accouch.*).

M. le Dr Spire a rapporté dernièrement à la Société de médecine de Nancy, le cas peu commun d'une parturiente encore pourvue de son hymen. Le voici en résumé : Il s'agit d'une primipare de 21 ans ayant eu sa dernière menstruation fin mars 1909.

Par le palper, l'auteur sent le dos fœtal à gauche et les battements sont perçus à ce niveau.

L'hymen, du type semi-lunaire, est intact; son orifice permettant l'introduction d'un crayon de calibre ordinaire, n'avait jamais été franchi.

Le 7 novembre dernier, on put, par le toucher, percevoir une petite tête fœtale engagée dans l'excavation.

Cette femme s'est accouchée le 30 décembre, à la Maternité de Nancy, sans intervention d'aucune espèce.

L'hymen qui, en novembre, était encore résistant, s'était peu à peu assoupli et ne causa aucun retard dans l'expulsion d'un petit garçon pesant 3.300 grammes.

Quand la tête apparut à l'orifice vaginal, on vit le bord de l'hymen se fissurer en plusieurs endroits sur toute sa circonférence, produisant un léger écoulement sanguin. Le périnée resta intact. Seule une fissure située latéralement à droite se prolongea jusqu'à la face interne de la petite lèvre de ce côté.

Par conséquent, chez cette femme, sans que l'hymen ait été franchi pendant le coït, les spermatozoïdes déposés en dehors de l'orifice vaginal ont cheminé et rencontré l'ovule.

En 1877, M. Herrgott a publié dans les *Annales de gynécologie* trois observations du même genre dues au professeur Braun.

Autre point à noter : l'hymen a subi pendant la grossesse un ramollissement tel qu'il n'a pas offert de résistance appréciable à la contraction utérine. La dystocie due à l'hymen, décrite par Budin, survient quand ce ramollissement ne se produit pas.

MM. les Drs Vautrin, Etienne et Job ont cité aussi des accouchements avec l'hymen intact.

Dans deux observations faites par Charpentier de persistance de l'hymen au moment de

l'accouchement, la membrane hyménéale refoulée, allongée par la tête qu'elle retenait au niveau de la vulve, formait en avant de cette tête une bride de la largeur d'un doigt environ, qui passait sur cette tête sous forme d'une bride rubanée, qui déformait les tissus crâniens, se tendait à chaque effort, mais ne cédait pas. Il suffit d'un coup de ciseau donné à la bride pour permettre à la tête de se dégager. Meckel a même cité un cas plus curieux : la tête put se dégager malgré l'obstacle et l'hymen persista ainsi après l'accouchement. Il est vrai qu'il s'agissait d'un cas de fœtus de 5 mois, qui naquit enveloppé de ses membranes, l'œuf entier ayant été expulsé en bloc.

En 1907, dans la « Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale » le Dr Marx a cité 3 cas de persistance de l'hymen chez une mère et ses deux filles après quelques années de mariage pour toutes les trois et, pour deux d'entre elles, après fécondation et grossesse.

Voici quelques exemples donnés par Thoinot, en 1898, dans son étude « Attentats aux mœurs » :

A. — Cas de Chabert. — Fille violée une fois, accouche avec l'hymen intégral.

B. — Hymen persistant après rapports réguliers et accouchement. Cas de Casper. Traité de médecine légale, traduction.

Disons, pour confirmer cette opinion, que dans le service du professeur Charles, il y a eu, chaque année, un ou plusieurs cas analogues.

Parent-Duchâtelet cite des cas de prostituées avec hymen intact.

Baudelocque note le cas d'une femme qu'il allait accoucher et dont l'hymen fut déchiré par la tête du fœtus.

Dastarac (thèse de 1890) a publié 47 exemples d'hymen intact chez des femmes enceintes.

Budin a cité en 1879 une fille publique de 22 ans, syphilitique, enceinte de 7 mois, qui, pendant cette première grossesse, gardait l'hymen intact. Elle accoucha à 7 mois d'un fœtus mou, macéré, et garda son hymen intact.

Stolz (de Strasbourg) a relaté le cas d'une femme qui garda son hymen en forme de diaphragme lâche après son premier accouchement, mais qui le vit céder pendant le deuxième.

En 1872, Martinelli a cité dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, le cas d'une femme de 33 ans, en travail, chez laquelle le fœtus poussait, à 3 centimètres de la vulve, un cul-de-sac biperforé. Cette femme était mariée depuis dix ans.

Conclusions : On peut donc affirmer que pendant la grossesse et, bien plus, même après l'accouchement, certains hymens très élastiques peuvent exister encore complètement intacts; ils se sont laissé distendre et ont repris ensuite leur apparence normale antérieure.

## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**Rapports de l'hydrocèle simple et de la tuberculose,** par le Dr André Jousset (*Soc. d'Etud. scient. de la Tuberc.*).

MM. Pierre Delbet et Pierre Cartier m'ont prié de communiquer à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose l'observation suivante :

Il s'agit d'un cas d'hydrocèle aux allures simples, à évolution classique, survenu insidieusement chez un jeune homme de dix-huit ans de belle santé apparente, dont les antécédents étaient nets de toute tare bacillaire personnelle ou familiale. Cette hydrocèle mit deux ans à se développer, sans douleur aucune, sans la moindre réaction inflammatoire. La tumeur, de volume moyen, fut opérée, ce qui révéla l'intégrité parfaite de la vaginale, du testicule, de l'épididyme et du cordon, soigneusement examinés en retournant la séreuse.

L'intérêt de ce cas, au premier abord très banal, réside en ce fait que le liquide retiré de la poche se montra bacillifère et infligea au cobaye une tuberculose typique. L'examen fut fait par inoscopie sur un coagulum provenant de 40 cc. de liquide, et l'inoculation pratiquée avec les 8 derniers centimètres cubes retirés de la vaginale. L'animal inoculé dans l'aine mourut en six semaines avec une caséification ganglionnaire avancée, des granulations spléniques débutantes et une dégénérescence de Weigert très marquée sur le foie.

Je ferai, à propos de cette intéressante observation, les quelques remarques suivantes :

La pathogénie de l'hydrocèle simple reste profondément obscure. Lorsque, en 1903, j'insinuais que cette affection pouvait *quelquefois* relever de la tuberculose, au même titre que la pleurésie dite primitive, j'appuyais ce dire sur des constatations bactériologiques faites chez deux malades du service de M. Tuffier, lequel, après examen et opération, les avait étiquetés « hydrocèles simples, non tuberculeuses ».

Mais c'est uniquement par l'inoscopie que j'avais été amené à cette conclusion, car les bacilles trouvés dans les liquides se montraient incapables de tuberculiser le cobaye. Aussi cette proposition fut-elle, à l'époque, assez froidement accueillie dans le monde chirurgical. En effet, bien que j'eusse pris les plus minutieuses précautions au moment du prélèvement des liquides, l'objection que les bacilles trouvés pouvaient appartenir à la catégorie des acido résistants non tuberculeux demeurait irréfutable.

Depuis lors, je me suis acharné à la démonstration de ce problème étiologique en examinant, cultivant et inoculant, de façons variées, tantôt le tissu de la vaginale, tantôt le coagulum fibrineux, tantôt le liquide lui-même ou les produits de centrifugation de ce liquide. Ces expériences ont porté sur trente-cinq échantillons qui m'ont été adressés de tous les hôpitaux parisiens. Or, quatre fois seulement j'ai pu, grâce à l'inoscopie, trouver des bacilles acido-résistants dans la sérosité vaginale, mais aucun de ces quatre épanchements n'a pu tuberculiser le cobaye. L'observation de MM. Delbet et Cartier est donc la première qui établisse indiscutablement la présence du bacille de Koch dans une hydrocèle simple.

A-t-on pour cela le droit de généraliser la formule et de ranger dans la famille tuberculeuse, déjà si vaste et si accaparante, tous les cas d'hydrocèle simple ? Je ne le crois pas. J'estime même que ces faits sont l'exception. Ils constituent d'ailleurs une modalité anatomo-clinique qui tranche nettement dans la masse des hydrocèles primitives, où on les reconnaîtra aux caractères suivants :

1° Tumeur de petit ou moyen volume ; la très grosse hydrocèle n'est jamais bacillifère.

2° Liquide fournissant, dans les vingt-quatre heures qui suivent la ponction, une trace de coagulum, surtout après étuvage à 38°; on sait que l'hydrocèle commune, si elle n'est pas mélangée d'une trace de sang, ne fournit aucun coagulum.

3° Vaginale épaisse, lardacée et chagrinée; elle est mince et lisse dans le cas contraire.

La réunion de ces trois caractères constitue une présomption très forte en faveur de la nature bacillaire de l'affection, et doit inciter aux recherches bactériologiques. Quant aux résultats histologiques fournis par des coupes de la séreuse et de la sous-séreuse, ils ne présentent rien de fixe, rien qui porte l'empreinte du bacille de Koch. J'en dirai autant de la cytologie du liquide, dont la formule est éminemment variable.

## REVUE CLINIQUE

**Pneumonie congestive a bacilles d'Eberth purs au cours d'une fièvre typhoïde,** par MM. Caussade et Milhit (*Soc. méd. des Hôp.*).

Le 11 mars 1906, entre salle Duflocq, à l'hôpital Tenon, Mme Bern... Louise, âgée de trente-deux ans, atteinte de fièvre typhoïde. Elle est au huitième jour environ de cette infection, elle a un délire doux, tranquille, elle parle sans cesse, marmotte des mots incohérents, sans aucune hallucination ni visuelle, ni auditive. Il existe de la diarrhée jaune ocreuse provoquée par des purgatifs ; il y a du météorisme abdominal et des douleurs vives, diffuses, dans tout l'abdomen. Ces douleurs ont été assez prononcées pour faire croire à une péritonite ; pour cette prétendue affection, la malade fut admise dans un service de chirurgie et, l'erreur reconnue, elle fut transportée dans notre service. Le diagnostic de dothiénentérie s'imposait ; outre les signes précédents, il y avait des taches rosées caractéristiques, et dans la semaine qui avait précédé l'admission à l'hôpital, il y avait eu de la céphalée, des épistaxis, de l'insomnie. Le 11 mars, jour de l'entrée de la malade dans nos salles, le séro-diagnostic au centième était positif. Sauf la présence d'albumine dans les urines (3 grammes dans les vingt-quatre heures), l'évolution de la fièvre typhoïde évolua sans incident jusqu'au treizième jour environ. A ce moment apparurent les premiers signes de la complication pulmonaire qui fait tout l'intérêt de cette observation. Cette complication peut être désignée sous le nom de « pneumonie congestive ». Ce terme est assez explicite par lui-même pour qu'il soit inutile de dire ce que nous entendons par lui.

Cependant, afin qu'il ne reste aucun doute sur sa signification, nous précisons : il s'agit d'une de ces formes de pneumonie qui apparaît graduellement au cours d'un état congestif pulmonaire et qui, une fois constitué, suit une résolution plus ou moins rapide. Elle s'accompagne d'une expectoration caractéristique, symptomatique de l'hépatisation rouge, les crachats sont ambrés, rouillés, aérés, adhérents au vase. Les signes stéthoscopiques sont ceux d'une pneumonie franche. Mais la *pneumonie congestive* diffère de la *pneumonie franche* non seulement par son mode de début, comme nous venons de le voir, mais aussi par sa durée éphémère, laissant, pour ainsi dire, la congestion, qui est la partie essentielle de la lésion, reprendre ses droits et évoluer pour son propre compte. C'est sous cette forme, quelques particularités concernant l'expectoration mises à part, que nous avons vu la congestion pneumonie (dite aussi « pneumonie grippale ») chez notre malade. Cette complication, très fréquente au cours des infections dites grippales, est d'une extrême rareté dans la fièvre typhoïde. Dans l'infection grippale, la soudaineté des raptus œdémato-congestifs, la rapidité de leur évolution, leur mobilité et leur déplacement successif, l'attaque réitérée de ces raptus congestifs en une même région du poumon qui y déterminent un foyer d'hépatisation plus ou moins dense, sont phénomènes assez fréquemment observés.

Dans le cas que nous rapportons, les allures de la congestion pneumonie n'ont pas présenté ce caractère si capricieux constaté dans les infections grippales. Mais, comme on le verra dans la suite, il se retrouve dans notre observation bien qu'il soit atténué.

Voici comment est survenue et a évolué cette complication pulmonaire qui fut fonction des bacilles d'Eberth seulement.

Alors que dans le premier septénaire l'élévation thermique était assez marquée (39°6 39°2, 40°), la température s'abaisse les jours suivants et se chiffre en moyenne par 38°6. C'est vers le

douzième jour de la dothiénentérie qu'on perçoit de l'obscurité respiratoire à la base du poumon droit. Aucun signe fonctionnel n'éveille l'attention. Mais le dix-septième jour apparaissent des crachats sanglants et nummulaires en petite quantité précédés par un point de côté apparu 36 heures auparavant et siégeant à la base du poumon droit, là où on avait trouvé de l'obscurité respiratoire. Antérieurement, il n'y avait aucune expectoration. La fièvre oscille toujours autour de 38 degrés : elle a donc de la tendance à baisser. Elle reste même à ce chiffre jusqu'au vingt et unième jour. Ce jour-là survient à neuf heures du matin un gros frisson ; il en survient un second à midi aussi intense que le premier, analogue par son intensité et par sa durée (plusieurs minutes) à celui d'une pneumonie franche aiguë. La fièvre est à 40°2. Les signes physiques suivants existent dans la région précédemment atteinte, c'est-à-dire à la base du poumon droit :

Il y a des râles crépitants, fins, secs, brefs, égaux, également espacés, éclatant par bouffées à la fin de l'inspiration. Ils sont donc typiques. Deux jours après le début de cette pneumonie, vers le vingt-deuxième jour de la fièvre typhoïde, apparaît un souffle tubaire intense, au point même où se trouvaient primitivement les râles crépitants. Ces signes indiquent nettement une pneumonie classique, mais il n'y a pas d'expectoration. La fièvre, le vingt-troisième jour de la fièvre typhoïde, tombe à 38 degrés, 37°5. Le souffle tubaire disparaît. Il n'y a plus que des traces d'albumine. Le pouls bat à 116 et il fléchit légèrement ; il y a de l'arythmie et de l'hypotension artérielle.

Le taux des urines n'est pas diminué, il y en a 1 litre environ. Cependant, les râles crépitants persistent

Voici donc une pneumonie bien spéciale, qui semble survenir au moment où la fièvre typhoïde était sur le point d'entrer en lysis, qui relève la courbe thermique typhique pendant deux jours au maximum, dont le souffle a une durée éphémère de vingt-quatre heures, dont le taux des urines ne se modifie pas (1 lit. 1/4), dont l'albumine contenue dans les urines, loin d'augmenter, continue à diminuer comme avant son apparition, et dont l'hypotension artérielle est manifeste. La suite de l'observation est non moins particulière. Vers le vingt-sixième jour de la fièvre typhoïde, la fièvre monte à 39 degrés et même à 40 degrés. Et cependant les signes stéthoscopiques se réduisent à quelques râles fins, muqueux, abondants, très mouillés, s'entendant aux deux temps de la respiration, et qui n'ont pas et n'ont jamais eu les caractères des râles crépitants de retour. L'expectoration est gommeuse, consistant en un liquide blanc, jaunâtre, fluide, visqueux. Elle est peu abondante. Le rythme respiratoire est légèrement troublé ; il y a un peu de dyspnée. Bien que le cœur soit normalement rythmé, l'hypotension artérielle persiste. C'est à ce moment que fut pratiquée la première ponction pulmonaire, dont le détail sera relaté plus loin.

On peut affirmer que la complication pulmonaire a influencé d'une manière spéciale l'évolution de la fièvre typhoïde, mais n'en a pas considérablement retardé la terminaison,puisque la fièvre disparut à peu près complètement, le vingt-huitième jour. Si, dans la suite, vers le début du trente et unième jour et vers la fin du trente-sixième jour, la fièvre a reparu, elle fut sous la dépendance d'une nouvelle poussée congestive qui non seulement envahirent la base du poumon droit déjà congestionné, mais aussi le sommet du même poumon. Ces deux nouvelles poussées congestives ont duré chacune quatre jours et furent séparées par deux jours d'apyrexie.

Pendant toute la durée de la complication pulmonaire, la fièvre a oscillé parallèlement aux diverses phases de cette dernière, perdant tous les caractères classiques de l'infection générale. Il aurait été intéressant de faire à ce moment des hémocultures. Nous regrettons cette lacune.

L'infection éberthienne semble donc être devenue exclusivement locale du jour où la pneumonie congestive s'est constituée. Aussi, rien d'étonnant que les phénomènes critiques ne soient survenus que le quarante et unième jour de la fièvre typhoïde, qui correspond au vingtième jour environ de la pneumonie, c'est-à-dire à la fin de cette dernière. A ce moment seulement, le taux des urines commença à s'élever (1 lit. 1/2) et les chlorures augmentèrent (10-12 grammes), en même temps que disparaissait l'albumine.

En somme, cette congestion a duré vingt jours environ ; elle a prolongé de quelques jours sous une forme locale l'infection générale et elle a concentré en quelque sorte sur elle toute l'infection (tous les troubles intestinaux du début, qui avaient été si intenses pour faire croire à une péritonite, avaient disparu dès l'apparition de la pneumonie), au point de faire de la courbe thermique celle d'une congestion pulmonaire banale.

Mais cette complication pulmonaire s'est toujours ressentie de son origine éberthienne, qui s'est traduite par les signes suivants : les battements du pouls (90) qui se sont élevés à 116-120 seulement au moment où il y a eu une défaillance cardiaque passagère ; les pulsations artérielles qui augmentèrent avec la fièvre mais dont le nombre n'était pas en rapport avec l'hyperthermie (P=90, F=40); l'hypotension artérielle : le faible taux de l'albumine (traces) constaté depuis quelques jours avant l'apparition et pendant toute l'évolution de la pneumonie congestive, alors qu'aux premiers jours de la fièvre typhoïde, et bien antérieurement à la complication pulmonaire, les urines contenaient 3 grammes de cette substance.

La ponction pulmonaire, pratiquée le vingt-septième jour, en pleine évolution de la pneumonie congestive, a permis d'affirmer la nature purement éberthienne de cette complication. Le bacille retiré par la ponction a cultivé sur bouillon peptoné et sur gélose, offrant sur ce dernier milieu, au bout de cinq jours, des bords sinueux, une surface parsemée de vallons et de monticules d'aspect nacré, qui la faisaient ressembler à une mer de glace, suivant la comparaison classique.

La culture fut pure et il ne fut pas nécessaire de recourir aux procédés généralement employés (boîte de Petri après dilutions successives) pour obtenir un tube contenant seulement des bacilles d'Eberth. Nous n'avons donc pas trouvé nécessaire de recourir à la méthode de von Drigalski et Conradi. D'ailleurs, la réaction de l'indol faisait défaut. De plus, le bacille provenant de la ponction pulmonaire ne prenait pas le Gram. Avec ce bacille, il fut possible d'obtenir le phénomène de l'agglutination ; elle fut positive au 100e avec le propre sérum du malade.

Le malade agglutinait donc son propre bacille. S'il était encore permis de douter de la nature éberthienne de cette pneumonie congestive, tous les doutes seraient dissipés par le fait suivant : la séro-agglutination fut positive au début de la maladie, avec une culture de bacilles d'Eberth provenant d'un laboratoire livrant des cultures contrôlées et qui avait d'ailleurs subi l'épreuve de contrôle dans notre service puisqu'elle servait à faire les séro-diagnostics des fièvres typhoïdes du service. Bien plus, une seconde ponction pulmonaire fut faite quatre jours après la première dans le même foyer. Elle donna les mêmes résultats. Les dernières cultures obtenues servirent à réapprovisionner notre laboratoire en bacilles d'Eberth.

Il est inutile d'insister de nouveau sur les particularités cliniques de cette pneumonie congestive que nous avons suffisamment développées au cours de notre observation. Nous répéterons cependant qu'il ne s'agissait ni de broncho-pneumonie, ni de pneumonie, ni de congestion simple, mais de pneumonie congestive telle qu'on l'observe souvent au cours des épidémies dites grippales et qui sont souvent, jusqu'à plus ample informé, considérées comme provoquées le plus souvent par le pneumocoque de Talamon-Frankel. Cette complication est survenue au décours de l'infection éberthienne vers le dix-septième jour ; ce fait est classique. Mais, contrairement à ce qui s'observe généralement, le pronostic n'a été nullement aggravé par cette complication.

Beaucoup plus intéressantes sont les déductions bactériologiques que l'on peut faire à propos de ce cas

Il est certain que le rôle des infections secondaires au cours de la fièvre typhoïde tend à se restreindre de plus en plus. Les recherches de Jehle sont là pour le démontrer (présence fréquente du bacille d'Eberth dans les sécrétions bronchiques, en cas de processus pneumonique ou broncho-pneumonique de la fièvre typhoïde). Il en est de même dans les infections des voies biliaires au cours et au décours de la fièvre typhoïde qui sont presque toutes fonction du bacille d'Eberth. Widal a décelé aussi ce bacille par ponction pulmonaire dans des foyers de congestion pulmonaire, se localisant surtout au sommet au cours d'une dothiénentérie et simulant une phtisie aiguë.

Nos conclusions touchant la pathogénie seront les suivantes :

Les pneumonies éberthiennes apportent un appoint décisif à la théorie, soutenue par MM. Lemierre, Abrami et Joltrain, et aujourd'hui admise par un grand nombre d'auteurs, de l'origine sanguine de la plupart des pneumopathies, et, en particulier, de la pneumonie. Dans un mémoire récent qui doit faire le sujet d'une thèse, M. Joltrain en a donné de nombreuses preuves cliniques et expérimentales.

Au cours de la fièvre typhoïde qui nous apparaît aujourd'hui comme le type le plus achevé des septicémies humaines, les lésions pulmonaires qui sont sous la dépendance directe du bacille d'Eberth sont indiscutablement d'origine sanguine.

L'entente, on le sait, a été longue à se faire en ce qui concerne leur nature et leur pathogénie. Les auteurs ne considéraient pas tout d'abord l'agent causal de la dothiénentérie comme facteur principal des lésions broncho-pulmonaires, qu'ils expliquaient alors par des infections associées ou surajoutées d'origine aérienne.

Les travaux de Chantemesse et Widal sur les pneumotyphus, la thèse plus récente de Bancel sur le poumon des typhiques ont départagé les opinions à ce point de vue. Ce dernier auteur a recherché le bacille d'Eberth quinze fois dans le poumon des typhiques et l'a trouvé six fois. Il est présent dans les lésions broncho-pulmonaires les plus diverses, bronchites, congestions, engouements splénisations, pneumonies et bronchopneumonies. Il semble se fixer et pulluler dans les capillaires du poumon, comme le prouvent les examens anatomo-pathologiques; il est alors susceptible de devenir l'agent causal des lésions pulmonaires.

On peut le rencontrer soit pur, soit associé à d'autres germes. Lorsque des microbes différents comme le staphylocoque, le streptocoque et surtout le pneumocoque existent en même temps que lui, il est bien évident qu'il est assez difficile de déterminer d'une manière exacte la part qui revient à chacun d'eux dans la production des processus inflammatoires atteignant les voies respiratoires. D'ailleurs, M. Joltrain, dans un cas, a trouvé le bacille d'Eberth et le pneumocoque dans le sang.

Mais lorsque le bacille d'Eberth existe seul, on peut attribuer à son action ou à celle de ses

toxines, les phénomènes observés dans les poumons. Certains cas de pneumotyphoïde évoluent cliniquement à la manière d'une pneumonie franche et sont causés par le bacille d'Eberth.

Frænkel, en 1886, a signalé la présence du bacille dans un poumon hépatisé. Artbaud, dans sa thèse, reproduit une coupe de poumon sur laquelle on peut voir les alvéoles pulmonaires remplis de bacille d'Eberth. MM. Chantemesse et Widal ont rapporté deux cas de bronchopneumonie et un cas de pneumonie chez des typhiques, où ils ont trouvé le bacille d'Eberth, et attribué à ce germe un rôle certain dans la pathogénie des lésions.

Netter admet la nature éberthienne possible du pneumotyphus. Foa et Bordoin obtiennent du bacille cultivant. Brühl cite deux cas de pneumotyphus avec examen bactériologique et inoculation permettant d'isoler le bacille typhique. Castaigne rapporte un cas de pneumonie avec recherche positive pour l'Eberth et négative pour le pneumocoque. Enfin, dans les thèses de Bancel, Polguère et de Moutier, on trouve quelques cas démonstratifs.

Nous avons eu l'occasion d'assister avec M. Joltrain au cours d'une typhoïde grave, à une crise d'œdème pulmonaire qui ne semblait pas devoir être mise sur le compte d'une insuffisance rénale, et dans l'expectoration on trouvait comme une culture pure de bacilles. Cet œdème était analogue à ceux que nous avons observés avec M. Israël de Jong, dans la grippe, et qui étaient dus au pneumocoque.

Lorsqu'on rapproche tous ces faits de la constance du bacille d'Eberth dans le sang, au cours de la fièvre typhoïde, on ne peut nier l'origine sanguine des pneumopathies éberthiennes, et il est logique d'invoquer le même processus pathogénique pour les pneumococcies pulmonaires.

**Pneumonie méningée**, par le Dr A. Halipré (*Rev. méd. de Normandie*).

*La pneumonie chez l'enfant* est une *maladie qui guérit*. Cela veut dire, en bonne clinique, que cette affection, malgré son début tapageur, malgré ses allures bruyantes, présente un pronostic relativement bénin. Mais il ne faut jamais en médecine se montrer trop absolu, sous peine de voir les faits vous imposer bientôt un démenti. Si donc le pronostic de la pneumonie est habituellement bénin, il est cependant des cas où l'affection revêt une allure beaucoup plus sérieuse. En effet, la pneumonie se trouve parfois défigurée par l'apparition de symptômes nerveux. C'est la pneumonie cérébrale ou pneumonie méningée. Dans ces cas, les phénomènes nerveux deviennent prépondérants en raison du terrain névropathique sur lequel évolue la pneumonie. Sans comporter en aucune façon la gravité du pronostic de la méningite, la pneumonie n'en est pas moins plus grave dans ce cas. En voici un exemple :

Un enfant est pris assez brusquement le 14 décembre au soir, de céphalée très intense, accompagnée de fièvre, de délire et d'agitation très marquée. En outre, l'enfant qui était constipé depuis plusieurs jours se plaignait de douleurs dans le côté gauche de l'abdomen ; il vomit plusieurs fois dans la nuit et les deux jours suivants.

Il est amené à l'hôpital deux jours après ce début inquiétant.

Vu quelques instants après son arrivée, on le trouve couché sur le dos ; il paraît très agité, et, dans son délire, se plaint de souffrir dans la tête. Il est impossible d'obtenir une réponse aux questions qu'on lui pose.

Facies coloré ; langue saburrale ; température 39°8; pouls, bien frappé, à 140.

Au moindre mouvement, le petit malade pousse des cris ; en le faisant asseoir on constate nettement de la raideur de la nuque et le signe de Kernig ; réflexes rotuliens normaux, Babinski en flexion. Du côté des yeux, sauf un léger nystagmus, on ne relève rien de spécial.

Du côté de l'appareil pulmonaire on trouve à la percussion une tonalité un peu plus élevée à gauche ceci correspondant à une respiration soufflante. Mêmes signes en arrière. Pas de râles.

Traitement : bains, frictions à l'alcool, lavement.

L'absence de signes nets du côté digestif et pulmonaire, la température se maintenant aux environs de 40°, et surtout le début brusque des phénomènes méningés firent penser à une méningite cérébro-spinale.

Mais le surlendemain le tableau clinique revêtit des caractères nouveaux qui permirent d'aiguiller le diagnostic sur une autre piste.

Le 18 décembre, au matin, on apprend que l'enfant a eu une nuit très agitée. Il n'a pas cessé de crier et de se plaindre de sa tête.

Il est couché en chien de fusil. Température 40° ; pouls 142.

Facies vultueux avec pommette gauche plus rouge.

Respiration fréquente, irrégulière (50). Battements des ailes du nez. Skodisme très net sous la clavicule gauche, avec respiration soufflante.

En arrière, matité dans la fosse sus-épineuse, se continuant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Au niveau de cette zone de matité et vers l'aisselle on entend un souffle tubaire très net, entouré d'une zone de râles crépitants très fins, éclatant par bouffées. Egophonie.

Traitement : enveloppements et *douze gouttes par jour de teinture d'aconit*.

D'autre part, les phénomènes méningés sont toujours aussi marqués ; de plus, l'enfant, qui avait cessé de vomir depuis son entrée à l'hôpital, a eu plusieurs vomissements bilieux présentant les caractères du vomissement cérébral.

Le 20 décembre, au matin, on trouve le petit malade couché en chien de fusil ; il se plaint sans cesse. Il allonge plus facilement les jambes, mais la flexion sur le bassin lui arrache des cris.

En présence d'une telle réaction méningée, on fait une ponction lombaire.

Le liquide est en hypertension ; on en retire 8 centimètres cubes. Il est limpide et clair comme de l'eau de roche. — Pas de microbes, quelques rares lymphocytes.

Les phénomènes méningés se maintiennent jusqu'au 22, puis disparaissent peu à peu, à mesure que la pneumonie arrive à sa terminaison.

Vers le septième jour, en effet, l'agitation et le délire firent place à un calme relatif. L'enfant répond avec plus de précision aux questions qu'on lui pose. Il ne souffre plus ; il s'asseoit avec plus de facilité ; il ne reste plus qu'un très léger Kernig.

Plus de vomissements, langue moins chargée, plus de constipation, mais au contraire, diarrhée jaunâtre et fétide.

De son côté, la pneumonie a évolué d'une façon des plus classiques.

Crépitants de retour vers le sixième ou septième jour. La toux sèche et rare du début a fait place à une toux grasse et fréquente.

Enfin, le soir du huitième jour, de 39° le matin, la température tombe brusquement à 37°5. — Guérison.

L'enfant, à son entrée, présentait un syndrome méningé caractéristique. L'attitude en chien de fusil, le Kernig, la raideur de la nuque, les vomissements, la demi-somnolence devaient faire penser à une affection méningée. Et de fait, la ponction lombaire pratiquée quelques jours plus tard montra une hypertension du liquide céphalo-rachidien. Mais ces symptômes méningés n'étaient qu'un épiphénomène, et la maladie causale, soupçonnée seulement le premier jour, se révélait avec son cortège habituel de signes stéthoscopiques dès le deuxième jour. C'était à une pneumonie que nous avions affaire, mais à une pneumonie avec réaction méningée.

A ce propos, je rappelerai que l'examen du liquide céphalo-rachidien donne des indications très variées. Les résultats de la ponction lombaire permettent de répartir les faits en trois groupes montrant qu'il n'existe pas de rapport constant entre la clinique et les données cytologique et anatomique.

Tantôt il y a parallélisme entre les symptômes cliniques et les réactions méningées. Les accidents nerveux de la broncho-pneumonie se rattachent souvent à ce groupe de faits.

Tantôt le liquide céphalo-rachidien reste indemne, malgré les phénomènes méningés. C'est aux cas de ce genre que convient le diagnostic de *méningisme*, si l'on veut conserver à ce terme sa signification précise.

Tantôt, enfin, la ponction a révélé l'existence de modifications cytologiques n'ayant donné lieu à aucune manifestation clinique.

Toutefois, ces divergences sont peut-être plus apparentes que réelles, vu la rapidité avec laquelle le liquide céphalo-rachidien peut se modifier : les réactions du liquide céphalo-rachidien sont très variables sur un même sujet, et du fait qu'une ponction donne un jour un liquide limpide avec très peu de formes cellulaires, on ne peut conclure à l'intégrité des méninges.

Pour terminer sur une note plus clinique j'ajoute qu'il aura suffi de signaler ces faits de pneumonie cérébrale ou méningée pour en faire saisir toute la portée pratique.

Une erreur de diagnostic aurait en effet de fâcheuses conséquences pour votre réputation. Jamais l'on ne vous pardonnerait d'avoir semé l'effroi dans une famille en prononçant le nom si redouté de *méningite* s'il s'agissait seulement d'une *pneumonie*.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de l'ozène vrai ou rhinite atrophique ozénateuse**, par Henri Bourgeois (*Progrès méd.*).

Rhinite infectieuse caractérisée par l'atrophie de la pituitaire, une suppuration donnant lieu à des croûtes fétides ; accessoirement : atrophie et sécheresse de la muqueuse pharyngée.

Dans les cas atténués, les cornets sont simplement diminués de volume, les fosses nasales élargies contiennent de gros paquets malodorants et humides. Dans les cas graves, l'atrophie porte non seulement sur la muqueuse mais sur le squelette, les cornets sont réduits à des saillies informes, la muqueuse est grise, sèche; des croûtes sèches, adhérentes, horriblement fétides, la tapissent.

Le premier devoir du médecin est de nettoyer nez : remplir à l'aide d'une pince coudée les deux fosses nasales avec des cotons imbibés d'eau oxygénée boriquée *pure*.

Les croûtes se désodorisent, se désagrègent, se décollent : au bout d'un quart d'heure, on enlève les cotons puis les croûtes. Ce nettoyage se fait avec une pince et se complète au moyen de porte-cotons imbibés d'huile goménolée (1/20) ou eucalyptolée (1/30).

L'ablation des croûtes supprime la fétidité.

Pour empêcher leur reproduction, le malade devra chaque jour, une ou deux fois suivant l'abondance de la suppuration, faire un grand lavage de nez.

Comme instrument, recommandez un bock, ou une seringue anglaise (énéma); l'un ou l'autre muni d'une canule en verre, mince, effilée, coiffée d'une canule de même forme en caoutchouc mou.

La triple indication de cette canule est de pouvoir pénétrer assez profondément, de ne pas obturer complètement la narine, de ne pouvoir blesser la muqueuse.

Comme liquide de l'eau bouillie tiède additionnée de :

| | |
|---|---|
| Sel marin | 7 gr. pour 1.000. |
| Bicarbonate de soude | 2 cuillerées à café par litre. |
| Perborate de soude | 2 — — — |
| Phénosalyl | 1 pour 1.000 |
| Monosulfure de Na. | 5 gr. |
| Eau distillée | 50 gr. |
| Glycérine | 150 gr. |

Ne pas employer le classique siphon Weber: la pression est trop faible — la canule ne pénètre pas assez loin — elle obture complètement la narine, empêche le retour possible de l'eau, ce qui augmente beaucoup les chances d'irruption du liquide dans les trompes.

Après le lavage et trois ou quatre fois dans la journée, renifler *larga manu* la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Acide borique | 4 grammes |
| Baume du Péron | 0 gr. 75 |
| Lanoline | 5 grammes |
| Vaseline | 10 — |

ou

| | |
|---|---|
| Acide borique | 25 grammes |
| Vaseline | 5 — |
| Essence de géranium | III gouttes. |

Ces pommades ont pour avantage principal de s'opposer au dessèchement de la muqueuse et à la formation des croûtes.

Beaucoup d'auteurs leur préfèrent des pansements pulvérulents, qui excitent la sécrétion des glandes de la pituitaire, diluent les sécrétions, rendent les croûtes moins sèches et moins adhérentes.

Le malade prisera 3 ou 4 fois par jour de la poudre d'acide borique (Lubet-Barbon), d'acétotartrate d'alumine (Lermoyez).

*Proscrire toute poudre insoluble.*

Moure et Brindel ont imaginé de redonner aux cornets une partie du volume qu'ils ont perdu par des injections sous-muqueuses de paraffine; les fosses nasales moins larges se libèrent mieux par le mouchage, d'où moins de croûtes, il semble aussi que les sécrétions diminuent réellement en quantité.

La paraffine liquide a été abandonnée à cause du danger d'embolies, on emploie la paraffine solide fusible à 45°, injectée à froid. La seringue la plus maniable et la moins coûteuse est la seringue de Gault.

Les injections sont pratiquées dans le cornet inférieur; au niveau de la cloison, elles sont susceptibles de provoquer des abcès et consécutivement des effondrements du nez.

Cette méthode n'est possible que dans les cas atténués ; si les cornets sont très réduits de volume, l'injection est impossible, et même si elle l'était, que ferait la minime proportion de paraffine injectée dans une fosse nasale immensément élargie ?

Lavages, pommades ou poudres ne guérissent pas l'ozène, ils suppriment les croûtes et l'odeur ; avec le temps la maladie tend vers la guérison.

Les injections de paraffine peuvent hâter le moment où les lavages sont inutiles.

Peu à peu le malade espace ses lavages, en s'observant.

En dehors de ce traitement habituel, on doit chercher à désinfecter partiellement les fosses nasales, soit que l'on se trouve en présence d'un malade qui n'a jamais été traité, soit que l'on assiste à une aggravation des symptômes.

On ferait alors, après un minutieux nettoyage des attouchements tous les deux jours avec :

| | |
|---|---|
| Vaseline | } āā |
| Lanoline | } |
| Baume du Pérou | } LERMOYEZ. |
| Nitrate d'argent en solution au 1/100 à 1/10 (suivant tolérance). | |
| Glycérine iodée | 1/50 à 1/10 |

Mais jamais ces pansements ne doivent être pratiqués plus de 2 ou 3 semaines, ni représentés au patient comme un traitement curateur.

Récemment, Foy a publié des cas d'ozène guéris par sa méthode de rééducation respiratoire et d'insufflation d'air comprimé, après nettoyage minutieux des fosses nasales. L'épreuve du temps manque encore pour apprécier définitivement ces résultats.

*Traitement général.* — L'ozène frappe souvent des enfants lymphatiques, le traitement général a une grande importance.

Huile de foie de morue en hiver.

Sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tannique en été.

Le séjour au bord de la mer donne souvent de bons résultats.

La région de Biarritz joint aux bons effets du climat marin la douceur de la température qui permet un séjour prolongé, et l'action tonique des bains salins.

*Traitement hydro-minéral.* — L'application locale des eaux sulfureuses est souvent favorable. On recommandera une saison à Luchon, à Cauterets, à Challes, Uriage, Allevard. A la période terminale de l'affection, quand les sécrétions sont devenues moins abondantes, le Mont-Dore trouve son indication contre la sécheresse naso-pharyngo-laryngée.

# CARNET DU PRATICIEN

## Angines chroniques

*Hygiène.* — Eviter les atmosphères chargées de poussières, l'impression de l'air froid.

Proscrire les irritants locaux : tabac, alcool.

Ordonner le repos au lit dans les poussées aiguës, congestives.

*Traitement local.* — a) *Poussées aiguës congestives.* — Assurer l'antisepsie nasale :

Introduire matin et soir dans les narines un peu de la pommade :

| | |
|---|---|
| Menthol | 0 gr. 10 à 15 centigr. |
| Acide borique | 3 grammes |
| Vaseline | 30 — |

ou un peu d'ongnent goménolé.

Pratiquer trois ou quatre fois par jour, pendant cinq minutes, des inhalations avec le liquide :

| | |
|---|---|
| Alcool à 90° | 10 grammes |
| Baume du Péron | 20 — |

Quelques gouttes dans un demi-verre d'eau bouillante.

Assurer l'antisepsie de la gorge. — Cinq ou six fois par jour, gargarisme alcalin tiède :

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude | 5 grammes |
| Eau | 300 — |

Ou :

| | |
|---|---|
| Teinture de myrrhe | 10 grammes |
| Borate de soude | 15 — |
| Infusion de feuilles de coca à 1 0/0 | 500 — |

Ou :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse | 10 grammes |
| Infusion de feuilles de ronce | 450 — |

Pulvérisations trois fois par jour, avec les mêmes liquides, quelques minutes chaque fois.

b) *Période chronique.* — Gargarismes, selon les formules précédentes.

Pulvérisations d'eaux sulfureuses (Enghien, Challes, Cauterets), pendant cinq minutes, tous les matins.

Application de topiques : iode, tanin, etc.

Pratiquer des badigeonnages du larynx buccal et nasal avec un pinceau à poils durs et coupés courts, imbibé des liquides :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode | 4 à 10 grammes |
| Glycérine | 12 à 20 — |

Pour badigeonnages, une ou deux fois par jour.

Ou :

| | |
|---|---|
| Iode pur | 0 gr. 50 centigr. |
| Iodure de potassium | 1 gramme |
| Lanoline | 10 — |

Pour badigeonnages, deux fois par semaine.

(CASTEX.)

Ou :

| | |
|---|---|
| Tanin | 5 grammes |
| Glycérine | 30 — |

Ou :

| | |
|---|---|
| Alcool à 60° | 30 grammes |
| Tanin | 30 — |

Ou :

| | |
|---|---|
| Acide lactique | 10 grammes |
| Glycérine | 10 — |

Pour badigeonnages quotidiens.

On peut encore employer le chlorure de zinc à 1 0/0, la résorcine à 5 ou 10 0/0, le naphtol camphré.

Les grosses granulations pharyngées, les amygdales hypertrophiées seront attaquées par le thermocautère ou le galvanocautère.

On traitera aussi le catarrhe rhino-pharyngien par des irrigations tièdes boriquées ou chlorurées à 7/1000, et, en outre, par des instillations dans les narines d'huile mentholée à 1/50, d'huile goménolée à 5 ou 10/50.

*Traitement général.* — a) *Poussées aiguës congestives.* — On conseillera le benzoate de soude à l'intérieur.

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude | 5 grammes |
| Sirop diacode | 30 — |
| Eau de laitue | 150 — |

b) *Phase chronique.* — Chez les arthritiques, médication alcaline.

Chez les enfants lymphatiques, huile de foie de morue, sirop iodo-tannique ; cure aux eaux sulfureuses (Saint-Honoré, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Allevard) ; arsenicales (La Bourboule, le Mont-Dore); alcalines (Royat).

COURTOIS-SUFFIT et TRÉMOLIÈRES.

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En romain. — Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*
*En romain souligné d'un trait. — Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*
*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau.

*Gérant : Docteur LUCIEN-GRAUX.*

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Contrexéville.**

Le concours hippique annuel de Contrexéville, subventionné par le Gouvernement et le Conseil général a eu lieu les 9 et 10 juillet; au stand du tir aux pigeons. Des prix d'une valeur de 6.000 francs y ont été décernés, dont 5.000 francs offerts par la Société des eaux de Contrexéville. Cette fête favorisée par le beau temps a eu un très vif succès et a réuni une assemblée des plus mondaines.

**La Fédération thermale d'Auvergne.**

Cette fédération qui va resserrer les liens de solidarité qui unissent entre elles les stations du Massif Central: La Bourboul, Châtel-Guyon, le Mont-Dore, Royat et St-Nectaire vient de nommer le bureau suivant qui comprend plusieurs de nos collaborateurs :

Président : Dr Moncorgé (Mont-Dore);

Vice-Présidents : MM. de Lacombe (Châtel-Guyon), Lequime (La Bourboule), Dr Porge (St-Nectaire), Dr Le Marchand de Trigon (Royat);

Secrétaire général : Dr Mazeran (Châtel-Guyon);

Secrétaire-adjoint : Dr Cany (La Bourboule);

Trésorier : Dr Thierry (St-Nectaire);

Assesseurs : MM. Lapierre (Mont-Dore); Mignot (Royat).

Le 1er Congrès fédéral aura lieu en septembre prochain à Royat.

## ÉCHOS

**Congrès des Journalistes médicaux.**

Ce Congrès, qui devait se réunir le premier samedi de novembre, a dû être renvoyé à une date encore indéterminée, par suite de difficultés que n'avait pas prévues le Comité d'organisation, en raison surtout de la proximité des vacances.

Tous les journalistes médicaux sont invités à envoyer leur adhésion au secrétaire général, 9, rue de Poissy, Paris. Le montant de la cotisation (6 francs) doit être adressé au trésorier, M. le Dr Le Sourd, 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris.

Les membres de l'Association qui adhéreront au Congrès seront dispensés de la cotisation de 1911.

**Association française d'Urologie.**

La 14e session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 6 au 8 octobre 1910, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des rétrécissements de l'urètre en dehors de la blennorragie et du traumatisme », rapporteur : M. Minet (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris (8e).

**Physiothérapie (Cours de vacances).**

La 5e session du Cours de vacances de physiothérapie aura lieu du 8 au 31 octobre prochain, à l'école des Hautes Etudes sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux et cliniques.

Elle sera composée : 1° d'une série A, comprenant électrothérapie, radiumthérapie, photothérapie, radiothérapie, hydrothérapie, par MM Albert Weil, Degrais, Dominici, Sandoz ; 2° d'une série B, comprenant : massage chirurgical médical gynécologique, rééducation motrice, gymnastique, mécanothérapie, méthode de Bier, par MM. Cautru, Desfosses, Durey, Konindjy, Leroy, Wetterwald.

Une nouvelle série sera créée : série C, qui comprendra l'enseignement de l'hydrologie, de la diététique et de la climatothérapie. Les leçons en seront faites par MM. Bardet, Blanc, Boursier, Cany, Carron de la Carrière, Durand-Fardel, Martinet et Schlemmer.

Le prix d'inscription à chacune des séries comportant vingt leçons est de cinquante francs; on peut s'inscrire à une ou plusieurs séries. Pour renseignements ou inscriptions, s'adresser à MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, ou au Dr Durey, 46, rue de Logelbach.

**Union internationale pour la protection de l'Enfance du premier âge "Gouttes de Lait" (Comité National Français).**

Le 3e Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge « Gouttes de lait », aura lieu à Berlin du 11 au 15 septembre 1911, sous la présidence du Professeur Dietrich, de Berlin. Le secrétaire général est le Professeur Keller, de Charlottenbourg. Tous les renseignements sur l'organisation du Congrès sont fournis par le secrétaire du Comité français, Dr P. Grasset, 27, rue Clocheville, à Tours.

**Congrès international contre la tuberculose.**

Le prochain Congrès international contre la tuberculose, faisant suite à ceux de Paris et de Washington, doit se tenir à Rome en 1912, à une date qui n'est pas encore fixée. En vue de préparer la participation de la France à cette manifestation scientifique et sociale, un comité vient de se former à Paris, sous la présidence d'honneur de M. Léon Bourgeois et sous la présidence effective de M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, assisté de MM. Lannelongue, Peyrot, Paul Strauss et de M. Emile Roux, vice-présidents: Maurice de Fleury, secrétaire général, G. Bourgeois, Savoire et Weil-Mantou, secrétaires.

Au cours d'une première réunion, tenue au ministère de l'Intérieur, le Comité décida, afin d'orienter ses travaux préparatoires, d'adopter la classification suivante :

La première partie, plus particulièrement scientifique, comprendra trois sections, à savoir :

*a)* Bactériologie, pathologie expérimentale et clinique pathologique. Président de section : M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille;

*b)* Clinique médicale. Président : M. le professeur Debove ;

*c)* Clinique chirurgicale. Président : M. Guinard, chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

La deuxième partie, consacrée à l'hygiène publique, à l'assistance et à la démographie, comprendra les trois sections suivantes :

*d)* Préservation contre la tuberculose. Président : M. le professeur Peyrot, sénateur;

*e)* Assistance aux tuberculeux. Président : M. Paul Strauss, sénateur ;

*f)* Statistique. Président : M. E. Fuster, chargé de cours au Collège de France, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale.

Les savants et sociologues français qui auraient des communications à présenter au Congrès, sont priés de se mettre en rapport avec M. Maurice de Fleury, 139, boulevard Haussmann.

**Commission permanente des Congrès internationaux de médecine.**

Le bureau de la Commission permanente instituée au Congrès de Budapest s'est récemment réuni pour la première fois à La Haye, où se trouve son siège, 10, Hugo-de-Grootstraat.

Le bureau s'est occupé de la préparation de l'assemblée plénière de la Commission permanente qui, vraisemblablement, aura lieu l'automne prochain. Cette assemblée devra s'occuper de l'organisation générale du prochain Congrès de Londres.

**Une intéressante institution.**

Projeté par la Chambre des médecins de Berlin Brandebourg, une caisse de prêts pour médecins vient d'être définitivement constituée.

Cette caisse fonctionne depuis le 1er mars avec un fonds de roulement de 12.500 francs.

Elle consent des prêts dont le montant ne doit pas excéder 625 francs aux médecins exerçant à Berlin ou dans la province de Brandebourg et se trouvant dans une détresse momentanée.

L'intérêt à payer a été fixé à 3 pour 100. Les frais de timbre et autres sont à la charge de la caisse.

81e Année (Série XIIIe) — N° 66 | Le Numéro : 25 Centimes | 15 Août 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

| | |
|---|---|
| Paris et Départements | 5 fr. |
| Union postale | 7 fr. |
| Édition Espagnole | 10 fr. |
| Édition Portugaise | 10 fr. |

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne Gazette de Santé
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Président, Membre du Jury
Exposition Bruxelles, Cl. 16

# ÉCHOS

**Nos amis.**

Des rosettes rouges viennent d'être décernées à MM. les Drs Chauffard, Pinard, Hutinel, Launois et Delannay. Toutes les félicitations de la *Gazette*.

**L'éducation sexuelle.**

Les députés Orlando et Calabrese viennent de déposer à la Chambre italienne un projet de loi concernant l'éducation et l'hygiène sexuelles. Ce projet comprend cinq articles dont voici la traduction :

Article premier. — Dans les écoles élémentaires, pour donner suit à l'avis favorable exprimé par le conseil provincial d'éducation, les maîtres pourront faire quelques conférences sur l'hygiène sexuelle.

Dans toutes les autres écoles, instituts d'éducation ou d'instruction, où est donné l'enseignement supérieur, mais non universitaire, le cours d'hygiène sexuelle est obligatoire, avec un nombre de leçons que décidera prudemment le directeur, en tenant compte de la nature et de la spécialité de l'école ou de l'institut, de l'âge, du développement et du sexe des élèves.

L'enseignement sexuel dans toutes les écoles ou instituts de jeunes filles doit être confié à une maîtresse ou autre dame ayant un diplôme médical ou, à son défaut, à une mère de famille.

Art. 2. — Les leçons ne peuvent être données que dans des locaux spécialement aménagés, ne pouvant se trouver à une distance moindre de 500 mètres d'une caserne, d'un marché ou d'autres endroits servant aux réunions publiques, pour ne donner lieu à aucun commentaire. Ces locaux seront choisis par le directeur et une commission composée d'un médecin, un délégué d'instruction publique et un père de famille élu chaque année. Cette même commission décidera également sur les programmes.

Comme corollaires à ce règlement relatif à l'enseignement de l'hygiène sexuelle dans les écoles, la loi comportera une réglementation très sévère sur les maisons publiques.

Art. 4. — Sauf les pièces définies par le Code pénal du 27 octobre 1891, si, dans une de ces maisons, on trouve, pour n'importe quel motif, une mineure de seize ans, les tenants ou les propriétaires qui la détiennent ou simplement ceux qui l'ont conduite seront arrêtés et punis de trois mois d'emprisonnement avec 50 à 500 lire d'amende. Dans le cas de récidive, les punitions seront portées à six mois de prison et 1.000 lire d'amende.

Art. 5. — Toutes les autres infractions seront punies de 500 lire d'amende, avec emprisonnement de trois mois.

**La folie en Angleterre.**

La démence en Angleterre, va toujours croissant, mais cette augmentation est inférieure cependant à celle des quelques dernières années. Les hommes sont plus frappés que les femmes jusqu'à trente-cinq ans. Après soixante-cinq ans, la proportion des femmes est de beaucoup supérieure. Les déments et les maniaques viennent surtout des campagnes, tandis que les malades des villes sont principalement des individus portés à la mélancolie et atteints de paralysie générale.

**Le carnet d'un suicidé.**

*Dans un hôtel de Vienne, on a trouvé mort un ingénieur qui s'était suicidé en absorbant de l'arsenic. Sur la table de sa chambre était une feuille de papier où il avait noté ses dernières pensées. En voici la traduction :*

MA MORT

5 h. 15. — Je bois le premier verre d'arsenic délayé dans de l'eau et du rhum. Je ne sens rien. Il me semble pourtant que mes mains tremblent, mais je crois que c'est d'émotion.

5 h. 17. — Je bois de nouveau. J'attends ; l'arsenic fond mal dans l'eau. Je pense à ma femme et à Marie. Je cherche leurs photographies, je ne trouve que celle de ma femme.

5 h. 28. — Je bois pour la troisième fois. Les larmes me viennent aux yeux quand je regarde la photographie. Comme ma vie aurait pu être belle si le destin n'avait pas été aussi cruel ! Ma tête est lourde comme du plomb !

5 h. 30. — Je bois pour la quatrième fois. Je ne peux plus avaler que difficilement. Mais je suis très tranquille et n'ai plus la moindre émotion. Je commence à me demander si c'est bien de l'arsenic. Je prépare mon revolver à côté de mon lit. Pourtant, j'aimerais mieux la mort par le poison. Autrefois, la justice grecque l'employait pour les condamnés à mort. Je pense à ma femme et à Z... Ma tête est lourde.

5 h. 40. — Je bois encore. Le soleil monte au-dessus des toits. L'image de la vie. Et je veux mourir. Oh ! si l'on pouvait ne pas avoir de cœur ! Je crois que certains hommes n'en ont pas. Je réfléchis à ma vie. Je n'ai rien à me reprocher.

5 h. 51. — Je bois, je remue l'arsenic. Je ne peux plus plier les reins. Je pense à S... Quel homme excellent ! Il me semble que le poison agit lentement. Je pense être au terme du voyage.

5 h. 57. — Je bois encore. Il est six heures, déjà ; et la délivrance vient bien lentement. Je croyais qu'il y a longtemps que j'aurais fini de souffrir à cette heure. J'attends, j'attends la mort ; elle vient bien tard. Je suis tout à fait tranquille, pas ému. Je ne ressens aucune douleur. Mais j'aurais mieux fait de prendre du cyanure de potassium au lieu d'arsenic.

6 h. 08. — Je bois de nouveau. Il me semble que la tête me tourne, mais je ne sens rien d'autre. Je pense à Irène et à Z... J'ai des éblouissements qui passent. Le sort a été trop cruel avec moi. Si j'avais eu une pierre au lieu d'un cœur dans la poitrine, j'aurais été plus heureux. J'ai sommeil. J'ai mal à la tête. Je respire péniblement, mais j'ai toute ma conscience et la liberté de mouvement de mes membres.

6 h. 26. — Je bois encore. Une heure passée déjà et ce n'est pas fini ! Ma tête est lourde. L'arsenic est difficile à absorber et se dissout mal. Je suis fatigué. Je vais aller me coucher. Mon Irène ! Je vais m'endormir malgré moi. Je me sens mal, la sueur me vient.

6 h. 40. — Il faut que je me couche, j'ai des crampes. Je viens de vomir. Je suis tout en sueur. L'eau me coule sur tout le corps. Si c'était seulement fini. Je regarde tranquillement la mort face à face.

6 h. 45. — Je bois encore et je me mets au lit, car je suis brisé.....

**Responsabilité des Pharmaciens.**

La dixième chambre du tribunal a décidé, sur plaidoiries de Mes Anbépin et Virey, et sur le réquisitoire de M. le substitut René Tortat, que le pharmacien qui délivre du chlorhydrate de morphine, sans ordonnance, non seulement commet une infraction à la loi sur la pharmacie, mais encore est pécuniairement responsable des dommages causés par l'administration de ce médicament, alors même que le dommage a été occasionné non à la personne même à laquelle la morphine a été livrée, mais à un tiers qui l'a obtenu de l'acquéreur.

Le pharmacien a été condamné à 50 francs d'amende et à 4.000 francs de dommages-intérêts envers la partie civile.

SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
de M. le Professeur L. IMBERT

# Un cas de Pied bot talus invétéré

## D'ORIGINE CICATRICIELLE

par L. CLÉMENT et G. DUGAS
Internes des Hôpitaux de Marseille

### *Historique. — Description*

Le pied bot talus constitue une variété rare de pied bot congénital ou acquis. Pour les premiers, la statistique de William Parker en détermine la fréquence à environ 0,6 0/0 (talus pur); quant aux pieds bots acquis, nous trouvons dans la statistique de Tamplin 110 cas de talus valgus sur 999 pieds bots, mais dans ce nombre aucun talus pur. Ce dernier est donc relativement rare.

Nicoladoni considérait deux variétés étiologiques de pied bot talus. Dans l'une, il classait d'abord le talus congénital et le talus acquis consécutif à des processus pathologiques, arthrites, paralysies, etc.; la deuxième catégorie était réservée au talus consécutif à la paralysie infantile.

A ces deux variétés, Bayer en ajoute une autre, où la cause réside dans l'attitude habituelle du talus à la marche. Il a vu, en effet, cette déformation devenir permanente dans deux cas de phlegmon de la région plantaire, l'un spontané, l'autre consécutif à une blessure par fragment de verre resté dans la plaie. Ici c'est donc une attitude vicieuse du pied destinée à éviter un contact douloureux qui a été la cause initiale de la déformation. Il se produisit secondairement une atrophie des muscles du mollet et une rétraction des fléchisseurs du pied, concernant deux moules en plâtre du musée Dupuytren.

Nous avons observé dernièrement un cas de ce genre dans le service de M. le professeur Imbert.

Le malade dont il s'agit, âgé de 33 ans, se brûla grièvement au pied gauche avec un poêle portatif, à l'âge de 3 ans. Il ne reçut aucun soin immédiat, et la plaie se cicatrisa en position vicieuse, déterminant l'énorme déformation que montre la figure ci-contre. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte, le pied redressé verticalement suivant l'axe de la jambe, est appliqué contre celle-ci par sa face dorsale. Ce pilon sur lequel la marche s'effectue offre une base solide, mais la peau qui le recouvre s'est ulcérée à la longue au point de contact avec le sol. Les téguments de la partie inférieure de la jambe sont cicatriciels, plissés et adhérents à l'os, et ce sont eux qui dans leur rétraction consécutive à la brûlure ont fait pivoter le pied sur son point d'appui normal au niveau de la partie inférieure des os de la jambe. Les mouvements de ce pied sont nuls ou à peu près. Les essais de mobilisation tant dans le sens antéro-postérieur que latéral se heurtent à une ankylose absolue du tarse sur les os de la jambe d'une part, sur l'avant-tarse d'autre part. Les lésions osseuses (voir la radiographie) consistent en un tassement de l'astragale qui s'est trouvé pris, coincé, entre le tibia et le calcanéum; il est en quelque sorte écrasé entre les deux. De plus, le calcanéum paraît présenter une inflexion au niveau de la partie postérieure, inflexion qui a pour résultat de reporter en haut la partie antérieure et avec elle tout l'avant-tarse et le pied. L'angle ainsi formé sur le calcanéum se rapproche beaucoup de l'angle droit, étant donné la direction verticale du pied. L'avant-tarse ne paraît pas présenter de lésions intéressantes. Quant aux parties molles, tendons extenseurs en particulier, il est aisé de se les représenter rétractés au maximum, véritables ageuts de la déformation.





Fig. 1

et aussi une courbure pathologique du calcanéum survenue, dit Bayer, sous l'influence des modifications de la statique du corps, et rendant permanente la déformation.

Quant au talus direct consécutif à une brûlure, et c'est cette variété que nous envisageons particulièrement ici, nous n'avons pu en relever que deux cas de Kirmisson,

### *Anatomie et Physiologie pathologiques*

Quel est tout d'abord, dans ces cas d'adhérences cicatricielles, le mécanisme de la déformation? A n'en pas douter, ici comme dans les cas analogues, c'est la rétraction des parties molles de la région antérieure de la jambe qui en a été la cause première. Cette rétraction des muscles et de la peau, agissant avec d'autant plus d'efficacité qu'elle survient chez un sujet plus jeune dont le squelette est encore en voie d'ossification, détermine à la longue des déformations osseuses qui rendront la position vicieuse définitive. Il arrive alors que les os jeunes, malléables, se tassent les uns



Fig. 2

sur les autres, que l'astragale en particulier, coincé contre la mortaise tibiale, s'atrophie au niveau de la partie antérieure de sa poulie. Le calcanéum, entraîné par l'avant-pied, s'infléchit, obéissant aux tractions dues au processus cicatriciel. Cet os, en effet, est solidaire à la fois du reste du tarse et du métatarse, non seulement par les ligaments interosseux et le ligament en Y, mais aussi et surtout par son emboîtement avec le cuboïde. D'ailleurs Bayer insiste tout particulièrement sur cette « inflexion secondaire du calcanéum, relevant de l'influence des modifications de la statique du corps ». Plus tard, l'astragale, pris en quelque sorte, entre l'enclume et le marteau, va s'atrophier, s'amincir, disparaître même au moins partiellement, comme dans le cas actuel, ainsi que le montre la radiographie. Des cales osseuses se développent sur les parties latérales de l'astragale et du calcanéum, tel le fragment osseux visible sur le bord externe du pied, rendant fixe l'attitude vicieuse et mettant obstacle à sa correction. Quant aux ligaments, ils se distendent, s'amincissent, disparaissent même, surtout au niveau de la partie postérieure des ligaments latéraux qui est la plus tiraillée. Ces lésions, Brodhurst les signale dans le talus consécutif à la paralysie infantile, et elles se retrouveront forcément ici, car ce sont des lésions secondaires et purement mécaniques. Les muscles postérieurs au

contraire résistent, mais leur distension et le défaut de fonctionnement leur font subir une dystrophie qui en font de bien mauvais auxiliaires de la réduction.

*Interventions diverses : leurs indications*

Il nous semble intéressant de discuter les divers moyens qui pourraient être utilisés avec profit chez de tels malades, le nôtre en particulier. Or, nous avons peu trouvé d'observations où une intervention chirurgicale ait été tentée pour corriger cette déformation.

Il ne faut certes pas songer aux ténotomies avec redressement forcé : les cales osseuses, la courbure du calcanéum seraient un obstacle invincible à la réduction. Il n'y a donc qu'une intervention sanglante plus large et portant sur le squelette du pied, qui puisse corriger la position vicieuse que nous envisageons.

Quelle que soit l'intervention, il est indispensable de sectionner préalablement les tendons extenseurs rétractés (jambier antérieur, extenseur des orteils, péronier antérieur). Quant au tendon d'Achille, il est évident qu'il ne servirait à rien d'y toucher, ce tendon étant, du fait de l'attitude en talus, distendu et allongé. On pourrait à la rigueur le reséquer sur une partie de sa longueur et suturer ensuite les deux bouts ; cette résection tendineuse ne pourrait que contribuer à maintenir la reposition artificielle du pied.

Dans un cas de talus invétéré, de Larabrie a employé le procédé suivant : 1° Sections tendineuses (péronier, extenseurs) ; 2° résection cunéiforme partielle du tarse comprenant le scaphoïde, la tête de l'astragale, une portion du premier cunéiforme et un coin du cuboïde.

Le résultat ne fut pas merveilleux, mais la base de sustentation que l'on aurait pu craindre insuffisante après un tel délabrement fut relativement satisfaisante.

L'astragalectomie serait-elle justifiée? Nous ne le croyons pas, car elle laisse entre la petite apophyse du calcanéum et le scaphoïde un vide qui rendrait le redressement instable. Et dans les cas invétérés, elle serait au moins inutile, l'astragale étant complètement ou en partie disparu du fait de la compression qu'il subit.

D'ailleurs, dans la majorité des cas, le nôtre notamment, il faut tenir compte de l'inflexion pathologique du calcanéum qui fixe l'attitude vicieuse, et cette inflexion qui existe toujours pour peu que le talus soit ancien et remonte à la période d'activité du squelette, commande une intervention osseuse très large. Et celle qui, à notre avis, donnerait le meilleur résultat, n'est autre que l'arthrodèse tibio-tarsienne d'extension de Farabeuf, qui, en enlevant un coin osseux à base postérieure portant à la fois sur les os de la jambe et sur ceux du tarse postérieur, permettrait une réduction correcte et un résultat physiologique satisfaisant.



# Kystes dermoïdes intra-crâniens

**Démonstration de leur origine ectodermique**
**Nouveau signe caractéristique pour diagnostiquer ces tumeurs**

par le Prof. LANNELONGUE
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

J'ai eu à examiner ces jours derniers un petit garçon âgé de sept ans chez lequel on soupçonnait une tumeur intra-cranienne qui pouvait être un kyste de nature dermoïde. Un examen attentif fit reconnaître que le jeune sujet était atteint d'un mal de Pott cervical.

En explorant la tête de l'enfant, j'avais cherché, sans le trouver bien entendu, un signe qui m'avait servi autrefois à faire le diagnostic de kyste dermoïde intra-cranien ; avant d'appeler votre attention sur lui, permettez-moi de vous dire quelques mots de ces tumeurs qui sont très rares.

Les circonstances m'ont permis d'en disséquer une ; l'observation en est publiée dans mon *Traité des kystes congénitaux*, en collaboration avec le professeur Achard (Paris, 1886, fig. 13, p. 125, et obs. 24, p. 191). Elle fournit l'explication positive de la pathogénie ectodermique de ces tumeurs.

Appelées encore kystes sébacés, kystes dermoïdes, kystes fœtaux par inclusion, inclusions fœtales, ces tumeurs ont une origine congénitale, bien qu'elles ne se révèlent parfois qu'à une époque plus ou moins tardive ; personne ne le conteste aujourd'hui.

La pathogénie des kystes dermoïdes semble bien fixée. Verneuil en 1852 et 1855 émit une opinion contraire à l'Hétérotopie plastique de Lebert et soutint que les kystes dermoïdes des sourcils, du pourtour de l'orbite, du scrotum, du plaucher buccal (1863), de la zoue (1877) provenaient d'inclusion de la peau dans les fentes de l'embryon ou de plicatures accidentelles de la peau chez le fœtus. C'est donc bien à tort, nous l'avons montré dans notre Traité, page 105, que les Allemands attribuent à Remak la théorie de l'inclusion ou de l'invagination, comme ils l'appellent.

Mais Verneuil n'avait pas suffisamment étendu sa théorie ; elle ne s'adaptait pas à tous les cas, et les prétendues plicatures étaient une supposition gratuite ; il ne voyait pas la possibilité de l'appliquer aux kystes dermoïdes profonds, aux kystes cavitaires, et pour ces tumeurs « il acceptait, faute de mieux, l'hypothèse de Lebert », c'est-à-dire l'*Hétérotopie plastique*. A cette théorie de l'*inclusion*, nous avons substitué avec Achard, la théorie de l'*enclavement*, et nous l'avons étendue aux kystes dermoïdes superficiels et aux kystes dermoïdes profonds.

Son caractère de généralité nous a paru le même dans les deux groupes de faits et convenir en même temps aux *kystes dermoïdes les plus simples* de l'orbite, de la joue, du planeher de la bouche, de la région sacro-coccygienne, ainsi qu'aux *tumeurs composées* dont l'élément dermoïde ne forme qu'une partie, le reste étant constitué par des produits divers : dents, os, cartilages, tissu nerveux, des portions de fœtus, comme les kystes de l'ovaire en offrent si souvent des exemples. Nous avons montré dans les kystes cavitaires et profonds le rôle des adhérences des tumeurs dermoïdes pour expliquer le mécanisme de l'enclavement.

La théorie que nous appelons, théorie de l'*enclavement*, rend un compte exact de tous les faits ; elle nous a permis de séparer des *kystes dermoïdes* toute une catégorie de tumeurs confondues avec eux ; ce sont les kystes que nous avons appelés *mucoïdes*, à cause de ce fait que leur paroi est constituée par le chorion des membranes muqueuses et non par celui de la peau. Ce groupe a nécessairement un contenu différent des autres, celui du produit des glandes et de l'épithélium des membranes muqueuses aux dépens desquelles le kyste s'est formé.

Pour les kystes dermoïdes intra-craniens il était plus difficile de fournir la preuve de leur origine cutanée. Ces tumeurs, on le sait, sont très rares ; le nombre des faits publiés n'est pas grand. J'en ai antrefois relevé quelques-uns et, en 1831, le vétérinaire Leblanc, employant peut-être le premier le nom de kyste dermoïde, avait décrit un kyste pilifère intra-cranien trouvé chez le cheval.

Ce fut donc pour nous une grande satisfaction de pouvoir faire l'étude anatomo-pathologique d'un kyste intra-cranien, grâce à l'obligeance de M. Widal, aujourd'hui mon collègue à la Faculté de médecine. Le kyste du volume d'une orange était en plein cervelet ; il contenait une masse granuleuse d'un blanc jaunâtre parsemée de cheveux enroulés en grand nombre, de 5 à 6 centimètres de longueur. La paroi kystique, réunie à la tente du cervelet, présente avec le squelette une adhérence au niveau de la protubérance occipitale interne ; une languette fibreuse pénètre dans l'épaisseur de l'occipital par un canal osseux à bords arrondis et dirigé de bas en haut, elle semble se perdre dans l'épaisseur de l'os.

D'autre part, en séparant le cuir chevelu de la voûte cranienne on reconnaît l'existence d'un pédicule fibreux, qui, né de la face profonde du cuir chevelu, s'engage dans l'occipital en se dirigeant en bas vers le précédent pour se perdre également dans l'épaisseur de l'os.

Ainsi, l'on constate l'existence d'un pédicule reliant d'un côté la paroi kystique à l'occipital et d'un autre côté l'existence d'un autre pédicule reliant l'occipital au cuir chevelu. Ces deux pédicules ont une conformation semblable, une direction commune dans le canal osseux ; ils font donc partie du même ensemble.

Ce cas remarquable donne la clef du mécanisme par lequel les kystes dermoïdes sont inclus dans la cavité cranienne. Et il n'y a vraiment plus rien d'extraordinaire dans le fait de la présence de tumeurs dermoïdes à contenu variable : cheveux, dents, fragments d'os et de cartilage, au milieu du cerveau et du cervelet.

L'ectoderme est déjà formé depuis un certain temps lorsque le crâne osseux apparaît. Une tumeur dermoïde simple ou composée se produit à la face interne de la peau et vient se placer dans le cerveau ou le cervelet, avant que le squelette soit développé.

Puis le crâne osseux se constitue et vient la tumeur en deux parties. L'une de ces parties est la paroi qui reste adhérente à la peau; l'autre, le kyste proprement dit, se trouve enfermé dans la cavité cranienne. Un lien de continuité subsiste entre les deux parties dans le canal osseux des os du crâne.

On peut d'ailleurs observer des degrés moins avancés où le kyste adhérent à la peau ne vient plus dans le cerveau, mais reste engagé dans le crâne osseux, qui offre une dépression pour le recevoir.

Cette pathogénie, appuyée sur un exemple aussi démonstratif, justifie encore pour la cavité du crâne notre théorie de l'enclavement.

Les kystes dermoïdes intra-craniens sont très rares, je l'ai déjà dit. Peu de temps après l'étude anatomique que je viens de relater, j'eus l'occasion d'examiner un enfant qui avait les signes rationnels d'une tumeur cérébelleuse. Il présentait de plus une *adhérence du cuir chevelu* sur la partie médiane de l'occipital et je hasardai, sur ce caractère, l'hypothèse d'un kyste dermoïde. J'étais disposé à l'opérer, mais la famille, un instant disposée à autoriser l'opération, s'y refusa ensuite.

Je n'en considère pas moins l'*adhérence de la peau* aux os du crâne, lorsqu'aucune raison spéciale ne peut l'expliquer: cicatrices de plaies, altérations du squelette, difformités congénitales, comme un signe pathognomonique des kystes dermoïdes intra-craniens. Il est bien entendu que le diagnostic de tumeur cérébelleuse aura déjà été affirmé ou considéré comme très probable.

Pour déceler cette adhérence, on aura soin de faire couper les cheveux du sujet ou même de faire raser la tête. On explorera méthodiquement le cuir chevelu en le déplaçant par glissement sur les os. Ce glissement n'est jamais très grand, mais il existe partout. On le recherchera donc d'abord sur la ligne médiane du crâne, sur chaque partie latérale ensuite. On déplacera la peau dans tous les sens avec les doigts appliqués sur le cuir chevelu, et on appréciera la nature des résistances qu'elle pourrait fournir à un moment donné. On procédera avec lenteur, en passant successivement d'un point à un autre, sans laisser échapper aucune partie de la surface crânienne, surtout dans la région où se trouve présumée l'existence de la tumeur.

La constatation de l'existence d'une adhérence de la peau avec le crâne devient alors un signe caractéristique du diagnostic de kyste dermoïde.

---

## Les Signes cliniques de l'Hypertrophie du Thymus

Par le Dr D'ŒLSNITZ (de Nice)

Depuis longtemps, l'hypertrophie du thymus occupe une place importante dans les travaux de pédiatrie; mais, en dehors des cas de mort subite qui avaient appelé l'attention des médecins légistes et dont la pathogénie avait été longuement discutée, les manifestations cliniques du thymus hypertrophié restaient obscures et mal élucidées. Durant ces dernières années, quelques auteurs ont rapporté des observations de troubles respiratoires graves imputables à cette cause et, dans quelques cas, des interventions chirurgicales ont été tentées. En France, M. Veau a rapporté, dans le courant de l'année dernière, à la Société de pédiatrie, plusieurs cas de thymectomie suivis de guérison; plus tard, nous avons publié, avec notre collègue Prat, l'observation d'un enfant atteint de stridor congénital avec accès de suffocation menaçants, et chez qui la thymectomie partielle a provoqué la cessation immédiate et persistante des troubles respiratoires.

Les signes cliniques de l'hypertrophie thymique ont été étudiés récemment dans les travaux de MM. Barbier, Comby, Moizard, Veau et Olivier.

Nous avons personnellement observé plusieurs cas d'hypertrophie du thymus ayant donné lieu à des accidents respiratoires continus ou intermittents; nous avons recherché et étudié dans chacun d'eux les signes décrits antérieurement; nous nous sommes efforcé d'en apprécier la valeur relative et la concordance; enfin, nous avons pu mettre en relief, dans certaines de nos observations, quelques manifestations cliniques non encore décrites à notre connaissance.

Les cas d'hypertrophie thymique que nous avons observés sont actuellement au nombre de *neuf*; la plupart d'entre eux ont été réunis dans la thèse de M. Pierrugues (1). Ces observations concernent des cas *confirmés* par des interventions chirurgicales ou par l'autopsie, et des cas *soupçonnés* encore à l'étude. C'est par les rapprochements faits entre les manifestations cliniques observées dans ces deux catégories de faits que nous croyons pouvoir affirmer à nouveau la réalité de certains signes et leur valeur pour établir le diagnostic et fixer les indications opératoires.

Les *symptômes fonctionnels* de l'hypertrophie du thymus sont surtout caractérisés par des troubles respiratoires; ils sont communs à différentes affections de la première enfance, mais leur analyse exacte permettra souvent de préciser l'origine des accidents. La *dyspnée* continue ou intermittente est accompagnée le plus souvent de *tirage*, et nous avons pu constater, après M. Barbier (2), que ce tirage a pour caractère particulier d'être augmenté dans la position couchée ou par l'hyperextension de la tête et, d'autre part, que ce *tirage thymique* est caractérisé par un aplatissement latéral du thorax avec projection du sternum en avant et évasement du diamètre inférieur; enfin nous avons personnellement eu l'occasion d'observer avec des troubles respiratoires intenses, en l'absence de tirage épigastrique, avec un tirage sus-sternal très atténué, l'existence d'un *tirage sus-claviculaire* prédominant. Nous avons constaté parfois les symptômes de la *laryngite striduleuse*, et quoique l'origine thymique en ait été niée, nous pensons que, quand cette affection évolue avec une *intensité* et une *persistance* anormales, elle peut être imputable à cette cause. Le *stridor congénital*, dont la pathogénie a été longuement discutée, est parfois d'origine thymique: l'un de nos cas en a été la vérification.

Les troubles que nous venons de décrire apparaissent parfois isolément, évoluent sans température, avec des rémissions plus ou moins complètes et de durée variable; d'autres fois, c'est à l'occasion d'une affection fébrile que, suivant toute vraisemblance, un gros thymus, jusque-là toléré, subit des modifications de volume et de consistance capables de provoquer des accidents respiratoires qui se mêlent intimement aux manifestations de la maladie causale. Pour en préciser la nature exacte et l'origine, il faudra s'aider par la recherche attentive de quelques signes particuliers.

Les *signes physiques* se déduisent d'abord de l'inspection du petit malade: on note parfois de la *cyanose* intense de la face, marquée surtout au moment des accès de suffocation, ou simplement une teinte cyanotique persistante, accompagnée souvent de *gonflement des veines superficielles du cou* (Denecke), accompagnée également, ainsi que nous l'avons remarqué chez de jeunes nourrissons, de *tension de la fontanelle* et d'un état de *torpeur* anormal, manifestations vraisemblablement dues à la gêne de la circulation veineuse encéphalique. L'inspection permet également de constater une *voussure asymétrique du plastron sterno-costal* dans la région sus-claviculaire; dans les cas où elle est peu marquée, la palpation comparative, faite simultanément de chaque côté du sternum, permettra souvent d'apprécier la déformation.

Par la percussion, on décèlera, dans la plupart des cas, une *zone de matité transversale* anormalement élargie et débordant inégalement le manubrium sternal, le plus souvent avec prédominance de la matité à droite. Nous n'avons pu apprécier par la palpation la sensation de la masse thymique dans la fossette sus-sternale au moment des efforts expiratoires, signe noté par différents auteurs, mais, ayant supposé qu'un léger déplacement du pôle supérieur du thymus bloquant l'espace critique de Grawitz était susceptible de diminuer la compression trachéale, nous avons essayé dans l'un de nos cas l'effet produit par la dépression profonde de la fossette sus-sternale avec la pulpe de l'index: le résultat de cette *pression sus-rétrosternale* a été de faire cesser le tirage et le cornage, lesquels reparaissaient quand la manœuvre était suspendue.

L'auscultation permet d'éliminer la possibilité d'autres affections thoraciques et particulièrement de l'adénopathie trachéobronchique, quoique dans deux cas nous ayons eu des signes sthéthoscopiques analogues, particulièrement le signe de Smith.

L'*examen radioscopique* permet de constater une *ombre thymique* plus ou moins volumineuse, et les *épreuves radiographiques*, dont nous présentons quelques exemplaires, permettent d'en fixer les contours: cette ombre sus-jacente à l'ombre cardiaque, à laquelle elle se superpose inférieurement, déborde le sternum de côté et d'autre, mais généralement plus notablement à droite.

Nous avons généralement noté dans nos observations une *concordance* assez nette

(1) Docteur Pierrugues, *les Signes cliniques et le Traitement de l'hypertrophie du thymus*. Thèse de Montpellier, 1909.

(2) M. Barbier. Contribution à l'étude pathologique de l'hypertrophie du thymus. *Archives de médecine des enfants*, novembre 1909.

de ces différents signes tant dans leur existence simultanée chez un même enfant que dans leur topographie exacte. C'est dans de pareilles conditions que l'on est autorisé à affirmer l'origine thymique des accidents et à décider, s'il y a lieu, une intervention chirurgicale.

D'ailleurs, par lui-même, le résultat des traitements mis en œuvre peut mettre sur la voie du diagnostic. Il semble que le *tubage* provoque plus facilement des accidents syncopaux dans les cas de ce genre, mais, si l'on a pu le pratiquer, on remarquera que l'introduction du tube court ne diminue nullement le tirage; il en est de même de la *trachéotomie* et, au cours de cette intervention, on note avec la tendance aux accidents syncopaux une *hémorragie veineuse*, anormalement *abondante* et l'absence de sifflement inspiratoire net à l'incision de la trachée. Nous pensons, d'ailleurs, que dans les cas d'hypertrophie du thymus la trachéotomie doit être fortement déconseillée, car si l'on complète l'intervention par une thymectomie, la plaie trachéale peut être cause de l'infection secondaire du médiastin, comme nous l'avons observé dans un cas avec notre collègue Prat. Il sera donc préférable dans les cas douteux de rechercher d'emblée les pôles supérieurs du thymus à la base du cou et de pratiquer, s'il y a lieu, une thymectomie partielle sous-capsulaire. Comme l'a montré M. Veau, le résultat de cette intervention sera la meilleure confirmation du diagnostic, car il permettra d'affirmer rétrospectivement l'origine thymique des accidents.

---

# Le Chien, porteur de Bacilles d'Eberth

Par M. Jules COURMONT

Correspondant national de l'Académie de Médecine

En collaboration avec M. ROCHAIX

Au cours d'expériences, encore inédites, poursuivies depuis plusieurs années, nous avons observé quelques faits qui intéressent la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

*Le chien peut propager le bacille d'Eberth*, par l'intermédiaire de ses matières fécales. Il peut donc être *porteur de bacilles*.

Il suffit pour le démontrer d'analyser, par les méthodes les plus récentes, la flore bactérienne des matières fécales de chiens, avant et après l'ingestion de matières d'hommes atteint de fièvre typhoïde.

Nos cultures d'isolement ont toujours été faites sur gélose d'Endo, que nous avons définitivement adoptée, et que nous préférons à celle de Drigalski-Conradi.

I. — Chez le *chien normal* (chiens pris à la fourrière de Lyon, c'est-à-dire chiens de ville), les matières donnent toujours, sur gélose Endo, un certain nombre de colonies blanches et transparentes, c'est-à-dire éberthiformes. La proportion, entre ces colonies et les colonies rouges de colibacilles, est variable. Chez 5 chiens, pour lesquels la numération a été soigneusement faite, la proportion moyenne a été de 2 0/0, mais est parfois montée à 7 0/0.

Ces colonies blanches ne sont pas des colonies de bacilles d'Eberth, mais bien de paracolibacilles ou de bacilles intermédiaires. Leur présence complique singulièrement la recherche ultérieure du bacille d'Eberth.

Vallet et Rimbaud (1) ont, d'ailleurs, récemment attiré l'attention sur la présence, dans les matières fécales du chien, de « bacilles intermédiaires de la famille Coli-Eberth ». Pour eux, ces formes intermédiaires, qui sont l'exception chez l'homme, sont fréquentes chez le chien. Ils ont observé des cas où le nombre des colonies éberthiformes (sur Drigalski-Conradi) dépassait celui des colonies de colibacilles. Ces auteurs ont fait une remarque intéressante : les chiens de rue présentent une grande quantité de ces bacilles intermédiaires, tandis que les chiens d'appartement en ont peu, ou n'en ont pas. Cela tendrait à faire admettre que ces bacilles intermédiaires n'appartiennent pas à la flore normale de l'intestin du chien, mais proviennent de l'ingestion de déjections humaines ou de détritus urbains.

Les 12 chiens qui ont servi à nos expériences étaient des chiens de rue. Les colonies éberthiformes étaient plus rares que chez les chiens de Vallet et Rimbaud. Cela peut tenir à une différence dans la voirie ou dans l'état sanitaire de Lyon et Montpellier.

Quoi qu'il en soit, la recherche du bacille d'Eberth est au moins aussi difficile dans les fèces de chien que dans les fèces de l'homme typhique.

II. — Lorsqu'on *fait ingérer à un chien des matières de typhique*, on retrouve, pendant quelques jours, le bacille d'Eberth dans ses matières fécales.

Schématisons seulement les résultats de nos expériences. Nous les publierons ultérieurement en détail.

L'ingestion (un seul repas contaminé) n'est suivie d'aucun symptôme appréciable, sauf parfois d'un peu de diarrhée passagère. Pas d'élévation de température. Pas d'état général.

Nous avons échoué sur 2 chiens; mais ces deux échecs ont la valeur d'une expérience de contrôle. Il s'agissait, dans ces 2 cas, de matières fécales provenant de malades atteints (à notre insu, à cette époque) de fièvre de Malte. Il nous fut impossible de déceler le bacille d'Eberth. L'ingestion ne fit pas augmenter le nombre des colonies éberthiformes chez l'un des chiens, et le fit légèrement augmenter chez l'autre après vingt-deux heures). Donc : pas de bacille d'Eberth et peu de colonies éberthiformes dans les fèces de chiens ayant ingéré des matières humaines non typhiques.

Sur 5 autres chiens, nous avons toujours trouvé le bacille d'Eberth dans les matières, surtout pendant les premiers jours (2e, 3e, 4e) et, dans 2 cas, encore le 9e et le 18e jour. En général, le bacille d'Eberth disparait vers le 5e jour. Sauf cas exceptionnels, c'est donc pendant les quatre ou cinq premiers jours, surtout pendant le 2e et le 3e, que les matières du chien contiennent le bacille d'Eberth.

En même temps, le nombre des colonies éberthiformes augmente. Beaucoup de celles-ci sont certainement des colonies de bacilles d'Eberth, mais qu'on ne peut authentifier avec certitude.

La culture du sang du chien est toujours négative. La séro-agglutination reste négative. La bile (sept jours à un mois) est stérile. L'intestin ne présente que des ulcérations banales. *Le bacille d'Eberth ne fait donc que traverser l'intestin sans s'y multiplier, sans s'y acclimater, sans infecter les voies biliaires et sans influencer l'organisme du chien.*

En résumé, lorsqu'un chien ingère des matières fécales typhiques, il n'éprouve aucun symptôme, mais émet, par ses matières, les bacilles d'Eberth qu'il a absorbés.

III. — Nous reviendrons longuement sur l'ensemble des caractères que doit posséder un bacille des matières fécales pour être étiqueté avec certitude : bacille d'Eberth. Disons simplement que nous n'avons considéré comme des bacilles d'Eberth, que ceux qui présentaient : 1° toutes les réactions culturales classiques (bouillon, gélatine, gélose, pomme de terre, lait, Endo, Drigalski-Conradi, Petruschky, recherche de la fermentation du glucose et du lactose, neutralroth, absence d'indol, etc.); 2° une agglutinabilité, au moins comparable à l'agglutinabilité d'autres bacilles d'Eberth typiques, étalons, vis-à-vis d'un sérum expérimental agglutinant à un taux donné. La recherche de l'agglutination doit se faire non seulement avec des cultures de premières générations, mais avec des cultures ayant au moins 10 ou 12 générations antérieures. Nous reviendrons sur ce point de technique (1). Il est évident qu'une méthode aussi sévère élimine un certain nombre de colonies composées de bacilles d'Eberth; mais nous avons tenu à n'apporter que des résultats incontestables.

Nous avons d'ailleurs envoyé à M. Vincent, au Val-de-Grâce, une série d'échantillons de bacilles provenant de nos chiens (bacille d'Eberth, bacille-coli, paracolibacilles), pour le prier de les déterminer. Ses résultats ont entièrement concordé avec les nôtres. Nous le remercions bien sincèrement de son obligeance.

IV. — Une *conclusion pratique* découle de ces expériences.

Le chien peut *disséminer la fièvre typhoïde*, s'il a ingéré du bacille d'Eberth. Or, on sait combien sont nombreux en France les chiens de paysans exposés à pareille contamination. Le chien devient alors, pendant quelques jours, un véritable « porteur de bacilles ». Il devient un agent de contagion directe ou de contagion indirecte (par pollution des eaux potables, des légumes, etc.)

Voilà un nouvel argument en faveur de la surveillance des typhiques, *en cours de maladie*, par les postes de désinfection, de leur isolement aussi complet que possible (de préférence à l'hôpital), de la nécessité de la déclaration hâtive, etc. Les selles typhiques doivent être désinfectées aussitôt après leur émission. C'est le cas de répéter, une fois de plus, que *le rôle le plus important des postes de désinfection est la surveillance en cours de maladie.*

(1) Vallet et Rimbaud. Les bacilles intermédiaires de la famille Colli-Eberth. Leur étude sur le chien. *Archives de Médecine expérimentale*, mars 1910, p. 224.

(1) J. Courmont. Technique de la détermination du bacille d'Eberth par la recherche de l'agglutinabilité. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 9 juillet 1910.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Procédés d'hémostase nasale**, par M. le Dr MARCHAL, Médecin de régiment de 1re classe (*Arch. méd. belges*).

Laissant de côté la partie médicale du traitement, nous nous bornerons à décrire les différents procédés d'hémostase constituant ce que nous nous permettrons d'appeler la chirurgie de l'épistaxis.

I. En dehors des traumatismes, accidentels ou opératoires, l'épistaxis presque toujours a sa source sur la partie antéro-inférieure de la cloison, là où l'artère sphéno-palatine vient s'épanouir sous forme d'un bouquet capillaire bien souvent variqueux, là aussi où beaucoup de personnes provoquent et entretiennent par grattage de petites ulcérations saignant au moindre contact. Le premier moyen hémostatique que vous employerez dans ce cas, pour ainsi dire instinctivement, sera le *pincement du nez*, c'est-à-dire la compression des ailes du nez sur la cloison qui saigne ; elle sera faite à l'aide des doigts soit par vous, soit par le patient lui-même ; elle devra durer assez longtemps pour permettre l'organisation du caillot sanguin. Par la rhinologie antérieure il vous sera du reste facile de reconnaître le point d'origine de l'hémorragie (je suppose que la compression digitale ne réussisse pas ; vous passerez de suite au second procédé.

II. Il est d'application fort facile. A l'aide d'*ouate hydrophile* vous ferez, non pas une boulette, mais un tampon allongé ayant à peu près la forme et le volume du petit doigt et vous l'introduirez dans la fosse nasale à l'aide d'une pince coudée ou même d'une pince droite ordinaire de trousse, en ayant soin d'appliquer la pince d'abord sur les trois quarts de la longueur du tampon, de façon à lui donner la rigidité nécessaire à sa pénétration et aussi afin de ne pas blesser la muqueuse avec l'extrémité de l'instrument ; vous retirerez ensuite la pince délicatement le long du tampon pour saisir ce dernier vers sa partie postérieure et achever de l'enfoncer. Si l'ouate au bout de quelques instants s'imprègne de sang et si l'écoulement persiste, vous renouvellerez le tampon, plusieurs fois de suite si le besoin s'en fait sentir. Il est bien rare qu'après cela l'hémorragie continue. Nous avons toujours vu l'écoulement de sang qui suit l'extraction de polypes s'arrêter par ce moyen.

III. Dans notre arsenal thérapeutique trouvons-nous des produits hémostatiques sérieux ? Disons d'abord qu'il y a lieu d'oublier à tout jamais l'antique *perchlorure de fer* parce que inutile et malpropre. *Le penghawar djambi*, fougère orientale dont on parle beaucoup actuellement, nous paraît devoir être rejeté au même titre que l'amadou dont il partage le mode d'action. Ces produits sont tout aussi septiques que les toiles d'araignées dont se servaient nos arrière-grands-parents. Nous n'en dirons pas autant de l'*adrénaline*, de l'*antipyrine* et de l'*eau oxygénée* qui sont des agents de toute confiance. Leur mode d'application est le suivant : après avoir enlevé les caillots qui recouvrent la muqueuse nasale, vous appliquerez sur le point qui saigne, en vous éclairant à l'aide du miroir frontal, un tampon d'ouate hydrophile imbibé soit d'une solution d'adrénaline au millième, soit d'une solution d'antipyrine à 50 0/0, soit encore d'eau oxygénée pure à 12 volumes : ce tampon sera assez gros pour remplir la partie antérieure de la fosse nasale. Vous recourrez ensuite à la compression digitale sur l'aile du nez telle qu'elle a été indiquée plus haut. Disons enfin que l'adrénaline (solution à 1/1000e) employée pure en badigeonnages sur la muqueuse permet de pratiquer, après dix minutes, les opérations intra-nasales pour ainsi dire sans hémorragie. Il est bien entendu que toute opération de ce genre sera immédiatement suivie d'un tamponnement antérieur, tel qu'il sera décrit plus loin, sinon une violente hémorragie consécutive ne manquerait certainement pas de se produire.

IV. Mais l'épistaxis est à répétitions, elle se reproduit fréquemment, elle agace votre malade, elle l'anémie même. Que faire ? La *cautérisation* du foyer hémorragipare. Vous découvrirez celui-ci après avoir ramolli les croûtes brunâtres qui le recouvrent, à l'aide de glycérine ou de vaseline. La cautérisation se fera toujours sous le contrôle rhinoscopique, à l'aide d'une pointe de galvano si vous possédez cet instrument, ou bien au moyen d'acide chromique ou de nitrate d'argent fondu à l'extrémité d'une sonde coudée en argent. Il n'est pas inutile d'indiquer la façon de fondre ces produits caustiques sur le bec de la sonde. S'il s'agit de l'acide chromique (cristaux rouges), chauffez d'abord l'*extrémité* de l'instrument au-dessus d'un bec de gaz ou à la flamme d'une lampe à alcool ; après quelques instants plongez-la dans le flacon contenant ce produit chimique ; en la retirant, vous verrez que plusieurs de ces cristaux lui restent adhérents ; chauffez de nouveau au gaz ou à la lampe ; l'acide chromique fondra et se collera à la sonde ; renouvelez si c'est nécessaire, jusqu'au moment où le bec de l'instrument aura pris l'aspect du bout d'une allumette phosphorique. Pour le nitrate d'argent, même procédé ; il est utile cependant, si vous vous servez du crayon, de chauffer également ce dernier, mais *légèrement* pour en ramollir le bout, lequel alors se laissera facilement entamer par la sonde. Laissez ensuite refroidir. Pendant les jours qui suivront la cautérisation, le malade aspirera par la narine de la vaseline stérilisée et il s'abstiendra de se gratter l'intérieur du nez pour ne pas entraver la guérison. La cautérisation ne peut évidemment être employée que lorsque le foyer hémorragipare est accessible à la vue, par la rhinoscopie antérieure.

Arrivons aux épistaxis plus graves. Qu'elles soient d'origine médicale ou chirurgicale, elles seront passibles d'un traitement plus complexe. Cela nous conduit à l'étude du *tamponnement*.

V. Le rhinologiste moderne a perfectionné le tamponnement mais il ne l'a pas inventé. *Galien*, lorsque le pincement du nez ne suffisait pas à arrêter l'hémorragie, introduisait dans le nez un morceau de linge ou d'éponge (tamponnement médian). A la fin du XVIIe siècle, *Belloc* trouvait sa sonde (tamponnement postérieur). Peu après *Franck*, de Mannheim, arrêtait l'hémorragie en introduisant dans la fosse nasale un morceau d'intestin de chien lié à l'un de ses bouts, de manière à former un doigt de gant ; il injectait de l'eau dans la poche ainsi formée, de manière à la distendre et la laissait en place aussi longtemps qu'il était nécessaire. On tamponnait également à cette époque avec de la charpie et même avec du papier buvard. L'absence complète d'asepsie amenait nécessairement des accidents tels que : érésypèle (même avec gangrène de la face), infection des sinus, pyohémie, tétanos, complications des plus graves, facilement évitables de nos jours.

Passons en revue les procédés de tamponnement employés à l'époque actuelle.

Le tamponnement est *antérieur* ou bien *postérieur* à la fois. Quel que soit le procédé employé, vous n'oublierez jamais que tout ce qui entre dans le nez en vue de l'hémostase (instruments et pansements) doit être d'une asepsie absolue.

A. *Tamponnement antérieur*. Il peut se faire de différentes façons.

a) *Le ballon en caoutchouc*. Il existe de petits ballons en caoutchouc de forme allongée et terminés d'un côté par un tube de petit calibre qui en permet le gonflement à l'aide d'une poire en caoutchouc ou d'une seringue ordinaire. Ce ballon est introduit à vide dans la fosse nasale au moyen d'une pince sous le contrôle de la vue. Il est absolument nécessaire de le pousser le plus loin possible. Il est ensuite dilaté et maintenu gonflé à l'aide d'une pince appliquée sur le tube qui sert à l'introduction de l'air.

Le ballon de caoutchouc peut être remplacé par un *condom* fait d'un tissu de bonne qualité. Le condom est introduit de la même façon que le ballon ; il est gonflé ensuite et maintenu rempli d'air à l'aide d'une ligature placée à son extrémité à l'entrée de la narine. Ce procédé est simple et bon ; il est de plus à la portée de tous.

b) *La bande de gaze*. Le tamponnement antérieur à l'aide de la bande de gaze est le *procédé de choix*. Il n'est guère douloureux et il est facile à exécuter ; mais il devra *toujours* être fait à l'aide du spéculum nasi sous le contrôle de la vue (miroir frontal). Vous aurez à votre disposition : une pince nasale coudée, une bande de gaze et un fil de soie (50 centimètres) *aseptiques*. La bande sera large de 3 centimètres ; elle sera plutôt trop longue, car elle doit être *unique* (80 centimètres à 1 mètre). Vous l'emploierez autant que possible *sèche* ; mais si vous n'êtes pas sûr de son asepsie absolue vous la ferez bouillir en même temps que le fil de soie et que vos instruments, puis vous en exprimerez l'eau à l'aide de la main bien aseptisée. Au préalable vous aurez noué solidement le fil, *par son milieu*, à l'extrémité de la bande. Bande et fil sont ensuite placés dans une tasse ou un verre bouilli ou flambé. Votre aide tient le tout à gauche ou à droite de la tête du patient. Eclairez-vous à l'aide du miroir frontal; introduisez le spéculum de la main gauche ; de l'autre main saisissez avec la pince nasale le bout de la bande qui porte le fil et enfoncez-le d'emblée jusqu'à l'extrémité postérieure de la fosse nasale. Les deux bouts du fil sortent de la narine ; placez-les l'un à gauche, l'autre à droite, sous les deux valves du spéculum : ils vous serviront tantôt. Retirant ensuite la pince, tassez votre bande avec son aide de bas en haut et d'avant en arrière jusqu'à ce que vous ayez obturé l'intervalle entre la cloison et les cornets. Veillez à ce que la bande ne s'infecte pas au contact de la figure ou de la moustache du sujet. Lorsque la cavité nasale sera complètement remplie, coupez la bande au niveau de la narine et achevez le tassement antérieur à l'aide de l'index ou du petit doigt. A droite et à gauche de la narine se trouvent les deux chefs du fil de soie dont le nœud a été poussé dans la partie la plus profonde de la fosse nasale. L'index gauche appuyé sur le tampon, tirez de la main droite sur les fils de façon à tasser ce tampon à *sa partie profonde*. Prenez ensuite les deux bouts du fil et faites un double nœud pour maintenir le tampon à sa partie antérieure. Le truc du fil a été signalé pour la première fois, pensons-nous, dans le *Traité des Maladies de la gorge, du nez et des oreilles*, du docteur *Moure*, de Bordeaux, publié en 1908. Le distingué professeur emploie le fil *simple*, seulement dans le but d'empêcher la gaze de tomber dans la gorge et pour assurer un tamponnement plus serré en arrière, ce qui est du reste la partie la plus importante de son rôle. Nous avons cru préférable d'employer le fil double afin de pouvoir maintenir en avant par un nœud l'extrémité antérieure du tampon, comme nous l'avons indiqué plus haut. Si malgré cela, le bout de la bande avait une tendance à sortir de la narine, vous pourriez l'assujettir mieux encore à l'aide d'un peu d'ouate recouverte de collodion.

Avant de commencer le tamponnement, si vous trouviez la cavité nasale fortement rétrécie par suite du gonflement de la muqueuse provoqué par des tentatives maladroites de tamponnement ou par toute autre cause (rhi-

nite hypertrophique, application de topiques irritants, cautérisation), il vous serait facile d'en provoquer un élargissement suffisant pour le passage de la bande par l'application pendant cinq minutes d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 10 0/0. Méfiez-vous dans ce cas de la syncope qui pourrait en résulter, car le sujet y est déjà fortement prédisposé par suite de l'hémorragie.

Beaucoup de confrères préfèrent à la bande aseptique la bande de gaze iodoformée. Nous pensons que cette dernière est plutôt à éviter à cause de l'irritation et même des phénomènes d'iodisme qu'elle peut produire chez certaines personnes. Nous avons dit aussi qu'il était préférable d'employer la bande *sèche*; vous éviterez ainsi la macération de l'épithélium que provoque souvent la bande humide.

Le tamponnement antérieur à la bande de gaze assure l'hémostase neuf fois sur dix dans les hémorragies abondantes, traumatiques ou opératoires. Il sera maintenu pendant vingt-quatre heures; avant de l'enlever, tout sera prêt pour un second tamponnement, lequel sera fait immédiatement si l'hémorragie se reproduit. Après les opérations intra-nasales il suffit généralement de vingt-quatre heures pour arrêter toute hémorragie. Si la muqueuse ne saigne pas le lendemain de l'opération, vous remplacerez le tamponnement pas l'aspiration fréquemment répétée de vaseline boriquée légèrement mentholée.

c) *Drain en caoutchouc et bande de gaze.* Le procédé consiste à introduire dans la cavité nasale un gros drain sans ouvertures latérales et pourvu à son extrémité (extra-nasale) d'une épingle de sûreté destinée à éviter sa chute dans le pharynx. Ce drain doit avoir la longueur de la fosse nasale. Vous le fixerez à l'aide d'une bande de gaze aseptique sèche insinuée entre lui et les parois nasales. Théoriquement la respiration nasale serait possible, mais en réalité il n'en est rien, car si la bande est bien tassée la lumière du drain disparaît par suite de la compression exercée par la bande. De plus, la présence de ce tube en caoutchouc dans le nez vous empêchera d'introduire la bande dans de bonnes conditions. Ajoutons que beaucoup de fosses nasales sont trop étroites pour permettre l'introduction du drain. C'est vous dire qu'en pratique ce procédé est plutôt à rejeter.

B. *Tamponnement antérieur et postérieur à la fois.* Plus jamais vous ne ferez ce tamponnement à l'aide de la sonde de *Belloc.* Cet instrument a quitté définitivement le cabinet du médecin pour le musée des souvenirs. Son mécanisme était fort ingénieux, il est vrai, mais elle avait le défaut capital de ne pouvoir entrer que dans des fosses nasales d'une largeur exceptionnelle ou d'une complaisance peu ordinaire. Souvent elle blessait la muqueuse et provoquait ainsi des accidents redoutables.

Les indications du tamponnement postérieur sont fort restreintes. Il deviendra cependant nécessaire lorsque le tamponnement antérieur n'aura pas réussi (donc une fois sur dix) principalement chez les artério-scléreux, les brightiques, les hémophiliques, ou bien lorsque le médecin ne sera pas familiarisé avec la rhinoscopie antérieure.

Vous aurez à votre disposition : une *sonde de Nélaton en caoutchouc* numéro 10 ou 12, une pince à pansement assez longue, un abaisse-langue ou une cuillère, de la gaze aseptique et un gros fil de soie suffisamment long.

Introduisez la sonde, dont le bec a été vaseliné, en suivant le plancher de la fosse nasale (donc horizontalement); elle s'insinue facilement à travers les irrégularités si fréquentes de la cloison et des cornets. Un mouvement nauséeux indique que vous avez atteint le voile du palais. Poussez davantage encore. Faites ouvrir la bouche du patient et abaissez la langue, de votre main gauche. Vous apercevrez alors dans le pharynx la sonde que vous saisirez à l'aide de la pince tenue de la main droite. Ramenez-la hors de la bouche en veillant à ce que le pavillon ne disparaisse pas dans la fosse nasale, ce dernier aura pour cela été traversé au préalable avec une longue épingle de sûreté ou repéré avec une pince de Péan. Ne vous effrayez pas des nausées et des efforts de vomissements qui continuent. Nouez rapidement et solidement votre fil *par son milieu* au bec de la sonde ; fixez aux extrémités libres du fil un tampon de gaze aseptique sèche, de la grosseur de la première phalange du pouce ; tirez ensuite sur le pavillon de la sonde et faites sortir celle-ci de l'orifice nasal ; elle entraîne avec elle fil et tampon ; tirez ce fil jusqu'à ce que le tampon soit arrêté à l'orifice choanal de la fosse nasale ; au besoin guidez-le et tassez-le avec l'index de la main gauche ; coupez les fils qui sortent de la narine, au niveau du bec de la sonde ; fixez un tampon de gaze à l'orifice narinaire et maintenez-le à l'aide d'un double nœud exécuté avec les deux fils.

La fosse nasale est ainsi obstruée à ses deux extrémités et toute hémorragie devient impossible. Afin d'éviter l'infection, enlevez votre tamponnement après quarante-huit heures au plus. Pour ce faire vous enlèverez d'abord le tampon antérieur après avoir coupé le fil qui le fixe; puis abaissant la langue de la main gauche vous enlèverez le tampon postérieur à l'aide d'une pince recourbée (pince à cavum) tenue de la main droite. Toutefois si vous craignez de devoir faire cette manœuvre, n'en ayant pas l'habitude, il faudra, au moment du tamponnement, prendre vos dispositions pour qu'un fil noué au tampon postérieur soit resté dans la bouche pour être fixé soit à une dent à l'aide d'un nœud, soit à la joue du patient au moyen de collodion. Pour enlever le tampon postérieur dans ce cas, vous aurez bien soin de ne pas tirer horizontalement sur le fil, et cela afin de respecter le voile du palais ; vous exercerez au contraire sur lui des tractions verticales à l'aide de l'extrémité de l'index droit introduit jusqu'au niveau du voile, après avoir abaissé la langue de la main gauche. Si le tampon adhérait trop par suite de sa dessiccation il y aurait lieu de le ramollir au préalable en faisant aspirer au malade du liquide physiologique tiède par la narine restée libre, après avoir incliné sa tête à gauche ou à droite suivant le cas.

Vous éviterez autant que possible de placer ce fil dans la bouche, car il serait bien gênant pour votre malade. N'oubliez pas que le voile du palais est un organe très mobile, presque constamment en mouvement ; que souvent il est œdématié après le tamponnement postérieur ; qu'en conséquence le contact d'un fil sur cet organe pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures sera non seulement fort douloureux, mais qu'il sera en outre de nature à en augmenter l'irritation et le gonflement.

Si l'hémorragie se reproduisait il y aurait lieu de tenter un tamponnement *antérieur.* Si ce dernier était inefficace il faudrait refaire le postérieur.

Le tamponnement postérieur, bien qu'exécuté le plus aseptiquement possible n'est pas sans offrir quelques dangers. Citons : la dysphagie, l'œdème du voile, de la luette, des piliers, la rhinite purulente, l'infection des sinus, l'otite moyenne suppurée avec toutes ses conséquences possibles. Aussi n'y aura-t-on recours qu'en cas de *nécessité absolue*, et après avoir vu échouer plusieurs tentatives de tamponnement antérieur.

**Traitement de la couperose**, par le Dr R. Martial (*Conc. méd.*).

La couperose — et nous parlons ici de la couperose simple non compliquée d'acnée ni de rhinophyma — caractérisée par une rougeur diffuse de la face plus ou moins intense et par le développement d'un réseau vasculaire plus ou moins étendu, mais toujours très visible, est une affection qui désole beaucoup de nos patientes, parce qu'elle les atteint directement dans leur coquetterie, précisément dans la période d'années où l'on doit être sinon infailliblement jolie, du moins toujours avenante. Le praticien est sûr de la reconnaissance de la consultante s'il peut lui conseiller un traitement efficace et le diriger.

Le traitement de la couperose comporte une thérapeutique externe et un régime diététique.

*Traitement externe.* — Il a été établi avec précision par Unna, le célèbre dermatologiste de Hambourg. Dans les cas les plus légers on pourra prescrire la pâte suivante que l'on colorera en rouge en ajoutant 1 0/0 de cinabre. afin de pouvoir l'appliquer aussi bien dans la journée que la nuit.

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc........ | 14 | grammes. |
| Soufre précipité........ | 10 | — |
| Ceyssatite (ou terre fossile). | 4 | — |
| Huile benzoïnée........ | 12 | — |
| Axonge benzoïnée........ | 60 | — |

Il y a un principe général qu'il faut observer pour l'application de cette pommade comme de n'importe quelle autre, dans le traitement de la couperose : elle doit être étalée, sans pression ni frottement. Pour rendre cet étalement plus aisé on ajoute à la pommade 5 0/0 de vaseline.

On applique cette pâte le soir après nettoyage de la peau avec de l'eau chaude et on enveloppe la figure avec de la gaze souple.

On peut en mettre le jour ou remplacer l'application du jour par un poudrage avec la poudre ci-dessous. Pour que cette poudre tienne, il faut se contenter d'essuyer la pommade appliquée la nuit avec un tampon de gaze souple et sec ; ce qui reste de la pommade après l'essuyage laisse encore assez de graisse sur la peau pour fixer la poudre :

*Poudre cuticolore :*

| | |
|---|---|
| Bol rouge.................. | 0,5 |
| Bol blanc.................. | 2,5 |
| Carbonate de magnésie.......... | 4, |
| Amidon en poudre.......... | 8, |
| Oxyde de zinc.......... | 5, |

Suivant le teint de la peau, on ajoute ou non une partie d'ichthyol pour neuf parties de poudre. L'ichthyol ayant l'inconvénient d'être odorant, on peut le remplacer par la même quantité de thiol ou de thigénol qui sont sans odeur.

L'excès de poudre est enlevé.

Dans les cas très légers, le poudrage seul pourra être employé, mais alors la formule de la poudre sera :

| | | |
|---|---|---|
| Poudre cuticolore.............. | 8 | parties |
| Soufre précipité.............. | 1 | — |
| Ichthyol ou thiol ou thigénol... | 1 | — |

Dans les cas graves, le traitement de fond reste le même, mais l'action de la pâte ci-dessus indiquée n'étant que superficielle, on peut être conduit à employer une pâte plus énergique dont il faut déjà davantage surveiller l'action :

| | | |
|---|---|---|
| Résorcine.............. | 5 | grammes |
| Ichthyol.............. | 5 | — |
| Acide salicylique.......... | 2 | — |
| Vaseline blonde.......... | 88 | — |

En cas d'irritation après une ou plusieurs applications nocturnes, cesser immédiatement et appliquer la pâte de Lassar :

| | | |
|---|---|---|
| Vaseline.................. | 1 | partie |
| Lanoline.................. | 1 | — |
| Amidon.................. | 1 | — |
| Oxyde de zinc.......... | 1 | — |

jusqu'à ce que la peau soit complètement calmée, puis reprendre.

Enfin, dans les cas très graves, on fait usage

de pâtes fortes qui exercent une action exfoliante. Mais l'application de ces pâtes ne peut guère se faire que lorsque le malade reste sans cesse sous l'œil du médecin-spécialiste, dans une maison de santé : elles sont d'un maniement difficile, qui exige une réelle compétence dermatologique et de la part de la malade, la volonté de ne pas sortir pendant quelque temps. Ce traitement sort évidemment du domaine de la pratique courante et nous n'en parlerons pas davantage ici.

Mais il y a un traitement complémentaire qui peut le remplacer et qui est beaucoup plus à la portée du praticien aussi bien dans les villes que dans un certain nombre de campagnes. Il suffit d'avoir une petite batterie d'accumulateurs que l'on fait recharger à l'usine la plus voisine. Ce traitement, c'est l'électrolyse punctiforme.

Lorsque le visage a été bien décongestionné par les pâtes et la poudre et qu'il ne reste plus que les plus grosses et les plus visibles des télangiectasies veineuses, on peut, en un nombre de séances variable suivant l'endurance de la patiente, achever de débarrasser le visage de ces rougeurs disgracieuses.

Il faut avoir des aiguilles très fines, en platine ou en acier aussi fines que celles d'une couturière, prolongées d'un chas qui permet de les emmancher sur un porte-aiguilles muni d'un bouton interrupteur de courant. On relie l'aiguille à la batterie de manière à opérer avec le pôle négatif. On pique chaque vaisseau sur toute sa longueur, en autant de points qu'il faut et en ne laissant jamais passer un courant de plus de 1 1/2 à 2 milliampères d'intensité. On pique *très* légèrement, car ces vaisseaux sont très superficiels, l'opération exige surtout une grande légèreté des mains. On enlève l'aiguille dès l'instant où on aperçoit sur la peau, à la pointe de l'aiguille, une petite mousse blanche. Lorsqu'on a suffisamment de pratique on peut arriver à faire ainsi jusqu'à 150, 200 et quelquefois même plus de piqûres. Cela dépend aussi du courage de la patiente. Au bout d'un nombre de piqûres variable, le visage devient très rouge et l'opérateur doit s'arrêter parce qu'il n'y voit plus que du rouge.

L'opération, pour avoir toute son efficacité, ne doit pas être répétée plus souvent que tous les cinq jours. C'est ce que la pratique m'a enseigné.

Au bout d'un nombre de séances variable suivant l'intensité de la maladie : de 8 à $x$, on arrive à rendre à la peau un aspect tantôt absolument normal, tantôt fort acceptable, et, en tout cas, toujours beaucoup plus présentable qu'avant le traitement.

*Traitement interne.* — Il consiste dans le traitement soigneux de la constipation et dans l'observance d'un régime qui se rapprochera le plus possible du régime végétarien absolu, auquel il faut quelquefois recourir. De plus, la patiente évitera soigneusement, même dans le régime végétarien, les plats qu'elle sait lui être funestes ; elle les connaît et les indiquera elle-même au médecin. Quant au traitement de la constipation, on y emploiera méthodiquement tous les moyens connus.

**L'anémie artificielle de la moitié inférieure du corps ou procédé de Momburg,** par le Dr L. Thielemans (*Ann. de Policlin. centr.*).

Momburg préconisa en juin 1908 d'exercer une constriction élastique autour de la taille pour arrêter ou prévenir les hémorragies, comme on emploie le tube d'Esmarch pour les membres. Depuis neuf ans, le procédé a été appliqué maintes fois et il a donné lieu à des études expérimentales.

Mode d'application. — Après observations et recherches, Momburg conseille la technique suivante :

1. Préalablement placer un tube d'Esmarch à la racine des deux membres inférieurs, comme on le fait dans le procédé de narcose « à circulation artificiellement réduite ». Le but de cette précaution est d'éviter un abaissement trop brusque de la tension sanguine lorsque le tube est enlevé ;

2. Mettre le patient dans une position très déclive: ainsi les intestins sont refoulés vers le haut; la constriction les atteint moins. De plus, on évite d'exclure de la circulation les artères mésentériques et on comprime moins de branches nerveuses. Il est important de mettre les bandes d'Esmarch aux membres inférieurs avant de renverser le patient (sauf pour les cas d'anémie grave) sinon la moitié supérieure du corps se chargerait d'une trop grande quantité de sang. (Expériences de Treudelenburg, Rieman et Wolf) ;

3. Placer un tube de caoutchouc d'un centimètre et demi de diamètre et d'un mètre et demi à deux mètres de long autour de la taille *en serrant aussi fortement que possible*. Momburg et Axhaussen préconisent de serrer jusqu'à ne plus sentir le pouls fémoral ; puis de donner encore un tour.

Il est très important d'y aller énergiquement. Les cas d'insuccès, les incidents, les accidents sont dûs souvent à une constriction insuffisante. En cette occurrence la circulation artérielle persiste plus ou moins, tandis que la circulation veineuse est arrêtée : du sang s'accumule dans la moitié inférieure du corps ; d'où, accidents, collapsus. Le contrôle du pouls fémoral suffit chez les sujets maigres et les enfants. Chez les sujets corpulents ou gras, lorsqu'on est arrivé à ne plus sentir battre l'artère fémorale, il faut encore ajouter un ou deux tours de tube. Chez eux, le vaisseau est recouvert d'un paquet graisseux qui peut masquer le passage d'une petite onde sanguine.

En cas d'insuccès, il ne suffit pas de resserrer les tours superficiels, mais il faut en ajouter de nouveaux. Toute pelote doit être rejetée, car elle entraîne des insuccès.

Somme toute, il s'agit d'un perfectionnement de la compression de l'aorte, procédé très ancien exécuté par la compression digitale ou par des bandes à pelote. (Lister, Esmarch).

Le procédé de Momburg a été étudié expérimentalement par le professeur Hoehne (de Kiel), par Treudelenburg (de Leipzig) et par Frankl (de Vienne). Il résulte de ces expériences les faits suivants :

1. La circulation est interrompue totalement sous le poids comprimé sur le trajet de *l'aorte*, de *l'artère spermatique* et des *anastomoses entre l'artère mammaire et l'épigastrique*. De là la supériorité du tube compresseur sur la compression simple de l'aorte ;

2. La compression est inoffensive, même après une application de deux heures et demie. Les intestins étaient vides au point comprimé et ne présentaient que de légères suffusions sanguines. Un serrage très énergique et très prolongé provoquait des paralysies plus ou moins durables dans les membres inférieurs. Les expériences de Frankl, faites sur de grands chiens, confirment la nécessité absolue de serrer fortement. Sinon, au lieu d'une anémie, on aboutit à une congestion veineuse de la moitié inférieure du corps. Elles confirment la parfaite tolérance des intestins et des nerfs abdominaux.

Frankl ne croit pas à la possibilité d'une trombose de la veine cave; celle-ci ne présentait aucune lésion endothéliale après deux heures de compression. Le diaphragme est plus bombé que normalement, le cœur est dévié, d'où tachypnée superficielle. La pression sanguine s'élève légèrement au moment de l'application pour s'abaisser sous la normale au moment du détachement du tube.

L'auteur redoute le procédé pour les cardiaques par surcharge du myocarde au moment de l'hypertension et il confirme l'utilité d'une exclusion préalable des membres inférieurs de la circulation et le placement du tube en position déclive pour éviter tout collapsus et toute syncope.

Au point de vue clinique, il se dégage des observations un fait extrêmement important : *dans les cas d'atonie utérine, l'anémie de l'utérus provoquée par le procédé de Momburg excite le muscle utérin et engendre une contraction intense de ce muscle, même dans les cas où tous les autres moyens employés ont échoué.*

On observe que des utérus flasques acquièrent une dureté ligneuse et la conservent après l'enlèvement de la constriction ; *on voit des délivrances en panne se faire aisément et spontanément* presqu'immédiatement après le placement du tube. C'est donc un moyen héroïque contre les hémorrhagies de la délivrance parce qu'il pare au plus pressé, en arrêtant le sang, et qu'il combat la cause en combattant l'atonie utérine.

La constriction est-elle exempte de dangers ?

Au point de vue de la compression des viscères on n'a pas noté d'accidents sérieux. Zur Werth (Munich), à l'autopsie d'un garçon mort des suites d'une opération faite avec l'aide du tube de Momburg a constaté quelques ecchymoses de la muqueuse d'une anse intestinale. Popow (St-Pétersbourg) et Rielander ont vu trois cas de diarrhée profuse persistant deux à trois jours. Hoehne a observé des douleurs dans les jambes, Pageisbecher (Wiesbaden), de la paralysie du rectum et de la vessie (1). Aucun autre inconvénient n'a été signalé jusqu'ici.

Au point de vue de l'état général on décrit des incidents et des accidents rares.

Treudelenburg eut deux cas de collapsus dont l'un persista 24 heures. Il les attribue à l'exclusion des artères mésentériques et considère le procédé dangereux chez les cardiaques. Contra Sigwart et Rabitz, qui l'ont utilisé sans accident chez ceux-ci, Gross et Binet virent une syncope mortelle au moment du détachement du tube. A l'autopsie : myocardite, lésions mitrales et aortiques, alatation aiguë du cœur droit. Amberger (Franckfort) vit une paralysie mortelle du centre respiratoire suivie d'arrêt du cœur au moment du détachement. Il n'est pas certain, dit-il, que l'accident soit dû au procédé. Il s'agissait d'un vieillard exsangue ayant une section de l'artère fémorale. Rielander (Marburg) n'a pas obtenu de brillants succès. Au moment de la constriction les patientes se sentent mal, deviennent anxieuses, dyspnéiques, vomissent ; le pouls devient rapide, superficiel, filiforme. Ces phénomènes cessent avec la constriction (plusieurs cas). R. les attribue au manque d'évacuation gastro-intestinale habituel dans les cas obstétricaux contrairement aux cas chirurgicaux où les patients sont à la diète de la veille.

Tous les autres incidents relatés se réduisent à peu de chose : légère dyspnée au moment de l'application (Krönig, de Strasbourg) ; abaissement de la température après application prolongée (Ehrlich, de Vienne) ; légère sensibilité de la pression de l'abdomen le lendemain de l'opération (Hoehne).

Si le procédé est en général inoffensif, est-il toujours efficace ? Quelques insuccès (continuation de l'hémorragie) sont signalés par Rielander (neuf insuccès dans des cas de placenta prœvia, déchirures cervicales, atonies de la délivrance), par Weber (assistant de Döderleim, Munich), qui a vu trois insuccès sur 40 applications, par Engelman (Dortmund), dans un cas de placenta prœvia avec hyvramnios.

Ces très rares échecs sont attribués par leurs observateurs au manque d'évacuation gastro-intestinale ; au glissement de l'aorte à côté de la colonne vertébrale, au relâchement du tube par suite de vomissements.

(1) Opération grave sur les os du bassin. P. ne sait attribuer l'accident au procédé ou à l'opération elle-même.

Les services rendus ou à rendre par cette méthode sont signalés : Est-on appelé pour une hémorragie de la délivrance, on n'a guère le loisir de faire une antisepsie soignée ; il faut intervenir au plus vite. Le tube de Momburg rapidement placé dans la position déclive, arrête momentanément et souvent définitivement la perte de sang. On gagne le temps de faire de l'antisepsie et on opère à blanc dans les conditions les plus favorables.

Tous les auteurs qui ont étudié et appliqué la méthode sont à peu près unanimes à proclamer son efficacité. Sigwaert a laissé le tube 45 minutes ; Hofbaner 75 minutes, sans inconvénients ; Hœhne a vu des succès brillants (grossesse molaire, grave hémorragie avant la délivrance) ; Weber a eu 37 succès sur 40 applications ; Axhausen a opéré à blanc une résection de parties du bassin ; Bier, un sarcome de la cavité cotyloïde ; G. Leclercq, trois cas de prostatectomie ; Röhler, Langemeister, etc., ont eu de beaux succès

En résumé, le procédé de Momburg a une efficacité incontestable mais pas absolue. Il ne présente en général par lui-même que peu de dangers. Il mérite d'être connu et appliqué à l'occasion pour le plus grand bien du malade et du médecin.

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Étude physique des Eaux minérales,** par le Dr Carnot, professeur agrégé (*Gaz. des Eaux*).

La *thermalité* est très variable suivant les sources, et je résume dans le tableau suivant la température des principales sources chaudes françaises :

| | |
|---|---|
| Hammam-Meskoutine | 95° |
| Chaudes-Aigues | 81,5 |
| Ax | 77 |
| Plombières | 74 |
| Bourbonne | 68 |
| Bagnères-de-Luchon | 66 |
| Amélie-les Bains | 81 |
| Dax | 61 |
| Cauterets | 60 |
| Bourbon-Lancy | 56 |
| Luxeuil | 56 |
| Evaux | 56 |
| Bourbon-l'Archambault | 55 |
| Néris | 45 |
| La Bourboule | 52 |
| Bagnères-de-Bigorre | 51 |
| Balaruc | 47,5 |
| Mont-Dore | 45,5 |
| Aix-les-Bains | 45 |
| Barèges | 44 |
| Vichy | 43,6 |
| Saint-Gervais | 42 |
| Ussat | 40,2 |
| Châteauneuf | 37 |
| Eaux-Chaudes | 36,4 |
| Royat | 35,5 |
| Châtel-Guyon | 35 |
| Lamalou | 35 |
| Eaux-Bonnes | 32 |
| Saint-Honoré | 31 |
| Uriage | 27 |

Pour les sources étrangères, rappelons que le grand Geyser d'Irlande a de l'eau à 127° ; les Soffron de Toscane et les écluses de Leparc, de l'eau à 100° ; l'eau d'Albono (Italie), est à 84°5 ; l'eau de Karlsbad (Sprudel) est à 74° ; celle de Gastein (Tyrol) est à 71°5 ; celle de Baden-Baden à 67°, etc.

Les différences thermiques dépendent de divers facteurs, tels que l'épanchement dans les couches superficielles, le mélange avec les eaux de surface, l'arrivée directe ou indirecte de l'eau.

D'ailleurs, une même source peut présenter quelques variations, mais l'autorisation d'exploitation n'est accordée que si la température reste constante à différentes époques de l'année.

Le *débit* des sources doit également rester constant au printemps et en automne ; il est d'ailleurs très variable suivant les sources ; les unes, très peu abondantes, ne peuvent fournir que des eaux de boisson ; d'autres, au contraire, sont de véritables fleuves, comme nous le montre le tableau suivant, qui indique le débit total en mètres cubes par 24 heures :

| | |
|---|---|
| Louèche (Valais) | 10.000 |
| Pfafers (Saint-Gall) | 5.500 |
| Gastein (Tyrol) | 3.560 |
| Salins-Moutiers | 3 500 |
| Aix (Savoie) | 3.000 |
| Bagnères-de-Bigorre | 2.600 |
| Dax | 2.000 |
| Royat | 1.500 |
| Ax | 1.300 |
| Cauterets | 1.300 |
| Amélie-les-Bains | 1.200 |
| La Bourboule | 1.000 |
| Néris | 1.000 |
| Châtel-Guyon | 900 |
| Plombières | 640 |
| Chaudes-Aigues | 630 |
| Vichy | 570 |

La *limpidité* des eaux est très variable : les eaux chaudes se troublent parfois par refroidissement, en même temps que se dégagent des gaz : les eaux sulfureuses blanchissent en se décomposant, etc.

L'*odeur* et la *saveur* sont généralement caractéristiques : les eaux sulfureuses, quand elles ne sont pas décomposables, ont une odeur presque nulle (Barèges) ; si elles sont décomposables, elles ont une odeur de soufre, d'hydrogène sulfuré ; les eaux bicarbonatées ont une saveur piquante ; les eaux ferrugineuses, une saveur styptique, etc.

La *couleur* est très variable suivant l'épaisseur et surtout suivant les substances que les eaux contiennent : parmi les sulfureuses, les eaux de Barèges sont jaunes par suite de la présence de polysulfures ; les eaux d'Ax deviennent bleues après exposition à l'air ; les eaux de Luchon blanchissent par dépôt de soufre ; les eaux ferrugineuses ont une teinte rougeâtre.

La *densité* dépend de deux facteurs : la présence des sels qui alourdissent les eaux, la présence de gaz qui les allège. En général, la densité des eaux minérales est toujours un peu supérieure à celle de l'eau distillée. Ce sont les eaux chlorurées sodiques fortes qui ont la densité la plus élevée ; puis viennent les eaux bicarbonatées et sulfatées, enfin les eaux sulfurées calciques et sodiques.

L'*onctuosité* est un caractère très particulier ; certaines eaux minérales sont grasses au toucher, comme savonneuses. Cette propriété tient pour quelques-unes, telles les eaux de Pfafers, de Gastein, à leur extrême pureté, peut-être à l'absence de sels de calcium ; pour d'autres, au dépôt de silice (Plombières), de soufre (Molitz) : pour d'autres, à des dépôts de matières organiques constituées par des algues, des conferves (glairine-barégine : Néris, Evaux, etc.).

La question de l'*ionisation* des eaux minérales est très étendue actuellement. Vous savez qu'habituellement, dans les analyses, la teneur d'une eau est exprimée en sels (sulfate de soude, sulfate de magnésie, carbonate de soude). En réalité, on tend à admettre, à l'heure actuelle, que dans les eaux minérales, la plus grande partie des sels est décomposée en leurs particules, appelées ions, qui se dirigent en sens opposé lorsqu'on fait passer un courant électrique : les cathions vont au pôle négatif, les anions au pôle positif. Chaque ion serait libre dans les solutions minérales et agirait comme s'il était seul. Cette donnée est d'ailleurs confirmée par la cryoscopie : vous savez que l'abaissement du point de congélation d'une solution est fonction de la densité moléculaire d'un liquide ; or, si l'on calcule le point cryoscopique des eaux minérales, on remarque que la plupart des sels sont dissociés, ionisés, et il est vraisemblable que chaque élément possède une action thérapeutique propre.

Un autre point est relatif à la structure des substances contenues dans les eaux minérales : certaines s'y rencontrent à l'état colloïdal (S, As, etc.) ; or, vous savez que les substances colloïdales se rapprochent des ferments métalliques et possèdent, par ce fait, des propriétés spéciales fort importantes.

Il me reste maintenant, pour terminer cette étude physique des eaux minérales, à vous parler d'un autre caractère de certaines eaux, la *radio-activité*, découverte par Curie et Laborde. Plusieurs méthodes sont susceptibles de mettre en évidence cette radio-activité. Vous savez, en effet, qu'une substance radio-active donne lieu à des émanations qui ont la propriété de décharger les corps électrisés ; on peut aussi se rendre compte de la radio-activité par l'action qu'elle a sur les plaques photographiques. Enfin, les substances radio-actives donnent naissance à des émanations qui se transforment ensuite en gaz rares, tels que l'hélium. Ceux-ci se reconnaissent par l'analyse spectroscopique. Or, nous verrons que certains gaz recueillis au griffon de la source renferment de l'hélium. MM. Bouchard et Desgrez ont étudié ces substances radio-actives dans les eaux de Cauterets, Bagnoles-de-l'Orne, et M. Moureu les a recherchées systématiquement dans les stations des Pyrénées.

On peut, d'ailleurs, exprimer numériquement la radio-activité des eaux minérales. Cette valeur est représentée, d'après la méthode de Curie, par le nombre de minutes pendant lesquelles il faudrait laisser agir sur 10 litres d'air, un milligr. de bromure de radium pur, pour obtenir une charge en émanation égale à celle qui existe dans un pareil volume de gaz recueillis à la source. C'est ainsi que pour les eaux de Gastein, qui sont les plus radio-actives que nous connaissions, il faut laisser agir le milligramme du radium pendant trente-neuf minutes : pour les eaux de Plombières, six minutes seulement ; pour les eaux de Bains, deux minutes ; pour les eaux de Bourbon-Lancy, une minute ; pour les eaux de Vichy, quelques secondes.

Comme cet essai se fait au quatrième jour et que la radio-activité diminue de moitié environ en quatre jours, il faut doubler les chiffres ci-dessus pour obtenir la valeur exacte.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Opérations précoces dans les appendicites,** par M. le Dr Durand, chirurgien des hôpitaux (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*).

Je vous remercie de vouloir bien accueillir la communication de quelqu'un d'étranger à votre Société et à vos travaux, car j'ai cru pouvoir vous présenter une pièce qui, assez rare encore à Lyon, vous intéressera, je l'espère, et fixera peut-être en votre esprit un repère dans la question toujours si discutée de l'appendicite aiguë. Je désire simplement vous montrer sur cette pièce les lésions précoces de l'appendicite il s'agit d'un appendice enlevé ce matin à une malade de mon service, treize heures après le début des accidents.

Une jeune fille de 17 ans avait eu, dans ces deux dernières années, quelques accidents abdominaux, mal caractérisés, mais qui peuvent être considérés comme d'origine appendiculaire probable, car elle eut en juillet 1909 une crise aiguë bénigne, mais assez nette qui se répéta en janvier dernier.

Hier soir, 25 avril, elle fit son travail de domestique, sans rien ressentir de spécial. A 9 heures du soir, douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque, bientôt généralisée à tout l'abdomen, vomissements alimentaires puis bilieux. M. Fern. Arloing, appelé près d'elle, reconnut une appendicite au début, confirma ce matin

ce diagnostic et adressa immédiatement la malade dans mon service. Je la vis douze heures après le début, elle avait 39°4, le pouls était à 108, un peu petit, 30 respirations. Le faciès était bon. Léger météorisme abdominal, immobilisation de l'hypogastre, respiration surtout costale, abdomen douloureux à la pression, surtout au siège de l'appendice, pas de plastron naturellement.

J'opérai de suite, persuadé que l'intervention hâtive constitue le traitement de choix. Je trouvai un peu de liquide louche dans un péritoine absolument libre, une traction sur le cæcum amena au dehors un appendice qui n'avait contracté aucune adhérence protectrice, et ce déplacement cæcal fit sortir deux cuillerées de pus assez franc. Appendicectomie.

Voici la pièce. Vous voyez qu'il s'agit d'un appendice court, et gros comme un petit doigt, dur, en érection, très rouge, congestionné. Son méso avait une infiltration qui lui donnait pour épaisseur le diamètre de l'appendice.

Au point même où l'organe s'implante sur le cæcum, vous voyez une plaque noire, large comme une pièce de vingt centimes, sphacélée, non encore perforée, mais qui n'aurait pas tardé à l'être. J'ouvre maintenant devant vous, en long, cet organe ; vous voyez qu'il ne renferme aucun corps étranger, que notamment, la plaque de sphacèle n'est en rapport avec aucun calcul stercoral; avec une sonde cannelée, je crève facilement cette plaque, démontrant ainsi combien le danger de perforation était imminent.

Je suis particulièrement heureux d'avoir trouvé l'occasion de vous montrer des lésions aussi précoces, mais j'aurais voulu, il y a quelques jours, vous présenter une pièce plus intéressante encore.

Il s'agit d'un appendice enlevé au milieu des mêmes signes cliniques *quarante heures* après le début des accidents.

La traction sur le cæcum amena au dehors un appendice absolument libre dans le péritoine, sans adhérence protectrice.

Long de quinze centimètres, gros comme un doigt, rouge, ayant l'apparence d'un pénis de chien en érection, il avait un méso très infiltré. Je l'enlevai rapidement. Comme celui que je vous montre, il portait une plaque de sphacèle tout près de se rompre. Dans la cavité, je trouvai un mélange de matières fécales, de calculs stercoraux, de pus, dont l'odeur infecte montrait la virulence.

La pièce que je vous montre, et celle que je regrette de n'avoir pu vous présenter, mettent en vive lumière les dangers de l'appendicite et le mécanisme des péritonites primitives auxquelles si fréquemment elle donne lieu par sphacèle. Quand on a vu un certain nombre de pièces présentant de pareilles plaques de gangrène, alors qu'aucune adhérence ne s'est encore produite, il n'est pas besoin de long raisonnement pour devenir partisan de l'opération hâtive.

Je ne veux pas me lancer dans l'interminable discussion du traitement de l'appendicite, j'ai désiré seulement vous en montrer les lésions précoces sur une pièce absolument fraîche.

Partisan de l'intervention tout à fait précoce, j'ai pu intervenir cinq fois dans de pareilles conditions, mes quatre premiers malades ont guéri sans incident et j'ai tout lieu d'espérer que celle de ce matin guérira de même. Certains chirurgiens allemands peuvent fournir d'énormes statistiques : Kummel, de Hambourg, vient de rapporter à la récente réunion des chirurgiens allemands (Pâques 1910) une série de 143 cas opérés en 1909. Au cours des quarante-huit premières heures, la mortalité n'atteint pas un pour cent. Je ne veux rien ajouter à ce chiffre convaincant.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Les réactions du tissu élastique des artères,** par M. L. Bory (*Arch. des malad. du cœur*).

L'élastine n'est pas une substance vivante, comme le prétendent Grawitz et Hansen. C'est une substance inerte, déposée dans les espaces intercellulaires, au même titre que la graisse, élaborée ou mise en réserve dans l'intérieur des cellules.

Un processus vital n'en intervient pas moins dans sa production ; mais, pas plus que la graisse, l'élastine n'est une substance susceptible de nutrition et de reproduction.

Quelle est l'origine, la nature du processus biologique, formateur d'élastine dans le tissu conjonctif ? Nous ne pouvons invoquer que deux hypothèses :

*a*) Ou bien l'élastine est formée, dans le protoplasma cellulaire ou la substance fondamentale, sous l'influence de l'activité cellulaire. Les cellules conjonctives l'élaborent elles-mêmes plus ou moins directement.

*b*) Ou bien l'élastine se dépose dans le tissu conjonctif, sans participation de ses cellules ; dans ce cas il nous faut admettre une influence étrangère capable de transformer la substance conjonctive ou de l'imprégner de la substance nouvelle.

Nos observations nous obligent à admettre cette dernière hypothèse.

L'élastine imprègne en effet la substance collagène ou se dépose tout autour d'elle. Si elle imprègne la substance collagène, elle a des réactions différentes suivant la ténacité de cette imprégnation, suivant la qualité du mordant qui la provoque. Nous avons vu combien l'élastine gardait difficilement l'orcéine chez les jeunes embryons et dans certains états pathologiques: nous avons dit que parfois la coloration était diffuse dans toute une région, malgré la différenciation prolongée. Lorsque l'élastine n'imprègne pas suffisamment le collagène pour empêcher les colorations de celui-ci d'apparaître, on a des teintes intermédiaires qui caractérisent l'élastine de Unna.

Si l'imprégnation est suffisante ou si le dépôt d'élastine s'est fait à la surface seulement des travées connectives, les différences de coloration sont des plus tranchées.

La substance élastique est toujours secondaire dans son apparition, à celle d'une substance collagène différenciée.

Cette proposition, nous l'avons vu, est vérifiée, au cours du développement normal aussi bien que dans les néoformations pathologiques.

Il y a là un fait en faveur de notre hypothèse. La cellule conjonctive ne donne jamais directement de l'élastine; il est donc probable, sinon certain, que celle-ci est sécrétée ou produite en dehors de son influence.

C'est essentiellement le long des espaces conjonctifs ou des cavités vasculaires que se fait l'imprégnation ou le dépôt d'élastine.

Ces rapports ne sont pas toujours apparents; cela tient à ce que, dans les coupes, la section des fibres élastiques les détend et leur fait perdre leurs relations normales.

Si l'on admet que le tissu conjonctif forme un ensemble en quelque sorte indivis, un plasmode parsemé de noyaux dont une portion de proto-plasma reste non différenciée autour des noyaux (cellules conjonctives), dont une autre portion se différencie en produits secondaires (faisceaux conjonctifs par exemple) ; dont le reste, amorphe, hyalin, transparent, presque imperceptible, unit les parties figurées (hyaloplasma) ; la substance élastique ne se déposera pas au hasard dans ce système. Des figures nombreuses le sillonnent, constituant les fentes conjonctives, les espaces plasmadiques ; c'est le long de ces espaces, plus ou moins apparents, où se font les échanges intimes du tissu, que se dépose l'élastine ; c'est aux communications innombrables de ces espaces qu'elle doit en partie son aspect divisé anostomique. Elle le doit en partie encore à sa constitution.

Il paraît exister en effet une fibrille élastique élémentaire, comparable à la fibrille conjonctive.

Extrêmement ténue, simple, non bifurquée, elle est susceptible de s'unir à ses semblables en faisceaux denses où leur individualité disparaît ; ainsi sont constituées les grosses fibres et les lames élastiques, dont la structure élémentaire nous est apparue chez l'embryon et au cours des néoformations pathologiques. La dégénérescence striée ou granuleuse des lames élastiques n'est sans doute bien souvent qu'une défibrillation par groupes de ces lames.

L'élastine paraît être un produit d'origine plasmatique analogue à la fibrine ; elle se dépose au contact seulement des faisceaux collagènes, sous une influence fermentative peut-être, développée exclusivement à leur contact et à une période déterminée de leur évolution.

Et ceci n'est nullement en contradiction avec les recherches connues de Ranvier ; l'élastine peut aussi bien se déposer, suivant notre hypothèse, dans la substance fondamentale du cartilage que dans celle du plasmode conjonctif.

## REVUE CLINIQUE

**Une nouvelle méthode d'examen fonctionnel de l'estomac,** par le Dr Fuld (*Sem. méd.*).

Pour éviter au malade et au médecin les ennuis du lavage de l'estomac, l'auteur s'est proposé de trouver une méthode directe, mais exempte de difficultés, d'examen fonctionnel de l'estomac. — Il a imaginé l'*épreuve au bicarbonate de soude*. L'acide du suc gastrique mettra en liberté l'acide carbonique de ce sel. Le médecin *ausculte l'estomac* avec un stéthoscope biauriculaire et il entend le bruit de crépitation produit par les petites bulles du gaz qui se dégage. Au bout de quelques minutes, « le bruit d'ébullition » cesse d'être perçu, mais le malade a des éructations ; on lui recommande de les cesser et l'on *percute* l'estomac : il a un son tympanique et si l'insufflation est très prononcée, il est possible de connaître la limite inférieure de l'estomac ; on peut même, si on possède l'installation nécessaire, pratiquer une *radioscopie*.

L'auteur dit qu'il n'y a pas à se préoccuper de la présence des acides autres que l'acide chlorhydrique parce que leur quantité est faible. En tout cas, il suffirait, pour éviter toute erreur, d'administrer un repas d'épreuve exempt de graisse et d'hydrates de carbone, additionné de quelques décigrammes de résorcine.

Si à un malade soumis à l'épreuve par l'ingestion d'une dose de bicarbonate suffisante pour neutraliser le contenu gastrique normal, on administre, immédiatement après la cessation du phénomène de crépitation et de son tympanique, une nouvelle quantité de bicarbonate de soude et qu'on perçoive de nouveau le phénomène, on pourra dire qu'il est hyperchlorhydrique, parce que le phénomène ne se reproduira jamais, dans ces circonstances, chez un hypochlorhydrique, alors même que la première dose de bicarbonate de soude aurait été insuffisante pour neutraliser l'acide normal.

**Les prétendus signes de début de Grancher,** par le Dr Piery (*Sem. méd.*).

L'observation prolongée de nombre de malades porteurs des signes de Grancher conduit, tout d'abord, à la signification suivante de chacun des trois signes en question : la diminution

du murmure vésiculaire et la respiration saccadée sont fonctions des poussées de pleurite tuberculeuse à répétition (sur la modalité clinique desquelles nous avons déjà insisté), ayant entraîné une symphyse pleurale partielle dans le premier cas, ayant laissé un dépoli pleural dans le second. La rudesse respiratoire est également, cela n'est plus douteux, la traduction d'une sclérose discrète avec emphysème d'un sommet.

De plus, à prendre ces trois signes dans leur signification clinique générale, nous pouvons dire que nous les avons toujours observés (à part l'obcurité respiratoire toutefois, dans deux cas isolés) sans signes généraux ou fonctionnels accompagnateurs. Parfois, ces malades ont présenté des hémoptysies violentes, mais les signes stéthoscopiques apexiens n'en subissaient aucune modification : témoin cette malade que nous retrouvâmes à la clinique du Prof. Bondet, d'où elle était partie quatre ans plus tôt, pour Hauteville, avec des hémoptysies profuses qui l'avaient fait envoyer ultérieurement à Alger, et qui rentrait à l'Hôtel-Dieu pour un rhumatisme tuberculeux ; à travers ces avatars successifs, les signes étaient restés à ce point les mêmes que les descriptions faites, à quatre années d'intervalle, par un observateur différent, étaient calquées l'une sur l'autre.

C'est qu'en effet le second point, non moins démonstratif de la thèse que nous soutenons, c'est que toujours ces signes de Grancher se sont présentés à nous, ainsi qu'à F. Bezancon, comme des symptômes permanents et non pas comme des symptômes passagers, transitoires, devant bientôt faire place à des râles humides ou des craquements. Nous possédons même nombre d'observations de jeunes gens, revus dans ces conditions après leur service militaire, de jeunes femmes après une grossesse avec les mêmes immuables signes de Grancher ; et personne ne niera l'influence aggravante, essentiellement de l'une à l'autre de ces conditions extrinsèques auxquelles peut être soumis un tuberculeux.

Les signes de Grancher sont donc, en conclusion, les signes, soit d'une tuberculose abortive, soit d'une pleurite tuberculeuse à répétition ; ils sont donc en rapport, presque toujours, non pas avec un début de tuberculose, mais avec une lésion tuberculeuse presque toujours guérie, ou qui ne va pas tarder à l'être.

## REVUE DU LABORATOIRE

**De l'emploi de la paraphénylène diamine dans la recherche des ferments oxydants,** par M. J. Sarthou, pharm. maj. de 2e cl. de l'hôpit. milit. de Bougie. (*Arch. de méd. milit.*)

Au réactif au gaïacol préconisé par Dupouy en 1897, pour différencier le lait cru du lait cuit, on a substitué, dans les laboratoires officiels chargés de la répression des fraudes, la paraphénylène diamine employée pour la première fois par Storch, professeur à l'Institut royal de laiterie de Copenhague. Ce savant se sert d'une solution de paraphénylène diamine à 3 p. 100 dans l'eau. Deux à trois gouttes de cette solution dans du lait cru préalablement additionné de 1 à 2 gouttes d'eau oxygénée donnent *instantanément* une coloration bleue indigo. La réaction est négative avec les laits cuits.

La raison de ce choix provient de ce que le gaïacol ne donne qu'une coloration brune moins visible qu'une teinte bleue intense. D'autre part, si on ajoute trop d'eau oxygénée avec le gaïacol, la réaction ne se produit pas, faussant les conclusions : cet inconvénient n'a pas lieu avec la paraphénylène diamine qui est par suite un réactif plus sensible.

A quoi est due cette réaction ?

A un ferment oxydant indirect ou anaéroxydase qui décompose l'eau oxygénée en donnant naissance à de l'oxygène actif, qui jouit de la propriété de se porter sur les réactifs facilement oxydables, paraphénylène diamine, gaïacol, pour les colorer. Cet oxygène actif ne se manifeste pas à la vue de l'expérimentateur par des bulles gazeuses. Si l'on constate, quelques minutes après l'addition de $H^2O^2$, et bien après l'apparition de la coloration bleue, un dégagement gazeux plus ou moins notable, c'est qu'il est intervenu un second ferment différant complètement du premier en ce qu'il dégage de l'oxygène inactif sur les réactifs précédents. C'est une catalase que nous avons réussi à différencier et à séparer de l'anaéroxydase (1).

Tout dernièrement encore, on considérait le réactif de Storch comme spécifique des ferments oxydants. Dans une étude publiée dans les *Annales des falsifications* de mai 1909, MM. le docteur F. Bordas et F. Touplain, du laboratoire des finances, démontrent que la caséine insoluble du lait jouit de la propriété de donner avec la paraphénylène diamine une réaction positive. Nous avons pu vérifier leurs conclusions et constater que, lorsque la caséine se présente dans certaines conditions de porosité, elle jouit de la propriété de colorer la paraphénylène diamine, mais non le gaïacol. De plus, si on change les conditions expérimentales et qu'au lieu de faire la réaction directement sur la caséine bien lavée, on la fait sur le corps mis en suspension dans l'eau, la réaction positive ne se produit plus instantanément mais demande une à deux minutes. D'ailleurs, si on laisse sécher la caséine bien lavée de façon à modifier ses propriétés physiques, on n'obtient plus qu'une réaction très retardée et de faible intensité.

Nous pouvons donc objecter à l'emploi de la paraphénylène diamine son excès de sensibilité qui conduit souvent à des résultats non concordants avec ceux que donne le gaïacol. Mettons sur du papier à filtrer, sur de la ponce, une goutte d'eau oxygénée, puis une goutte de la solution de Storch, il se développe presque instantanément la coloration bleu indigo caractéristique de l'oxydation, tandis que la réaction est négative avec le gaïacol. Un composé réagissant avec cette facilité ne doit donc être employé à la recherche des ferments qu'avec la plus extrême circonspection, car tout corps poreux ou en particules suffisamment tenues, donnera plus ou moins rapidement une réaction positive.

Dans la recherche des ferments oxydants, on devra donc toujours tenir compte de l'état moléculaire des substances sur lesquelles on opère et contrôler la réaction à la paraphénylène diamine par celle du gaïacol. On séparera d'autre part, si possible, par la dissolution, le ferment à caractériser des matériaux solides auxquels il peut être mélangé.

**De l'utilité de la réaction de Wassermann,** par M. René Leriche (*Soc. méd. des Hôp. de Lyon*).

J'ai l'honneur de vous présenter deux malades chez lesquels la réaction de Wassermann a été d'une réelle utilité au point de vue thérapeutique.

1° *La première* est une femme de 32 ans que j'ai trépanée, il y a 17 jours, dans le service de M. Poncet, pour une tumeur cérébrale.

Depuis trois ans, cette malade se plaignait de phénomènes nerveux insolites que l'on rattacha à l'hystérie, dans les différents services de médecine où elle passa. Il y a deux ans, ne sachant rien de son passé nerveux et hospitalier, je lui fis une hystérectomie abdominale totale pour la débarrasser d'un double pyosalpinx en pleine évolution chaude.

(1) *Bulletin des travaux de la Société de pharmacie de Bordeaux*, juillet 1904, mai 1905.

Elle guérit sans incident ; tous les troubles abdominaux dont elle souffrait disparurent, mais les phénomènes nerveux s'accentuèrent.

Dans ces derniers mois, il s'y ajouta une céphalée frontale droite très violente, un peu de titubation, de l'hésitation de la parole, et des vomissements survenant sans effort. De plus, sa vue faiblissait, et de l'œil droit, elle ne voyait presque plus.

Son médecin, le Dr Coste, l'adressa dans le service de M. Rollet, où l'examen révéla de l'œdème de la papille et de la névrite optique commençante. Le diagnostic de tumeur cérébrale n'était pas douteux. On considéra qu'il y avait urgence à faire une opération décompressive et le 25 mars, mon ami Grandclément la fit passer dans le service de M. Poncet, où je pratiquai, le lendemain, une craniotomie large dans la région temporo-pariétale. Une fois le volet ostéo-cutané rabattu, la dure-mère qui battait fut incisée. Il s'écoula très peu de liquide céphalo-rachidien, pourtant il y avait une forte hypertension et le cerveau se herniait de façon anormale. Je fis 10 ou 12 ponctions dans la substance cérébrale pour aller à la recherche d'une collection ou d'une tumeur. Je ne trouvai rien. L'incision méningée fut donc rétrécie, le volet cutané rabattu, son périoste suturé et la peau cousue par dessus.

Je terminai l'intervention par une ponction lombaire qui retira 20 c. c. de liquide céphalo-rachidien sanglant.

La malade fut très améliorée : dès le soir même elle ne souffrait plus ; les vomissements incessants qu'elle avait disparurent. Au bout de trois jours elle se remit à manger, au bout de cinq elle se leva, depuis elle est dans un état parfait, mais la vue n'est pas devenue.

Il restait à savoir la nature de cette tumeur cérébrale. Il ne pouvait s'agir d'un abcès, ni de tuberculose. L'évolution avait été apyrétique et l'hystérectomie antérieurement subie ne s'était accompagnée d'aucune suite septique ; d'autre part, les trompes enlevées n'étaient à coup sûr pas tuberculeuses.

Avant d'essayer le traitement d'épreuve, que M. Grandclément avait prescrit dès le premier jour, je demandai à MM. Laurent et Garin de bien vouloir pratiquer la réaction de Wassermann : elle a été positive. Le traitement bioduré a été repris, et je pense pouvoir vous montrer sous peu, mon opérée complètement guérie.

2° *Le second malade* que je vous présente est plus intéressant et moins banal. Il montre d'une façon éclatante l'utilité du séro-diagnostic syphilitique, de plus, il éclaire d'un jour singulier les questions des cellules géantes et de la syphilis : à ce titre, son observation doit être méditée par ceux que n'ont point convaincus les recherches de MM. Nicolas et Favre.

Cet homme, âgé de 35 ans, est entré au mois de septembre dernier dans le service de M. Poncet pour des tumeurs multiples du thorax ; un traitement d'épreuve négatif, avait été fait ; cliniquement on devait songer à des abcès froids tuberculeux avec parois épaisses ; ce fut l'impression de M. Poncet auquel je montrai le malade avant de l'opérer.

J'intervins donc quelques jours plus tard. J'évitai une tumeur, d'apparence ganglionnaire, saillante dans le premier espace intercostal. Au centre il y avait un peu de magma caséeux. L'examen histologique y montra des cellules géantes et on nous répondit tuberculose.

Les suites furent simples, et un mois plus tard, je réintervins pour une tumeur de l'omoplate droite, dure, tenant à l'os et ressemblant à du sarcome. L'examen histologique fit conclure à un sarcome à myéloplaxes. Le laboratoire connaissait la provenance du tissu examiné et le diagnostic antérieur.

Le malade guérit sans incident de sa scapulectomie, mais pendant sa convalescence, à

l'extrémité gauche de la cicatrice de la première intervention, était apparue une induration ligneuse, rétractile, boursouflant la clavicule; l'impression était à une récidive sarcomateuse. Une nouvelle anesthésie me permit d'enlever un morceau de la clavicule et du tissu lardacé, qui, histologiquement, fut tenu, pour un tissu d'inflammation pure. Mais le résultat fut nul: des bourgeons sarcomateux pullulèrent à sa place, et bientôt la tumeur fut plus volumineuse qu'avant.

Sur ces entrefaites, une petite tumeur du flanc droit grossissant devint douloureuse. A la coupe, elle fit songer à une gomme; l'examen histologique y trouva des cellules géantes, des lésions épithélioïdes péri-vasculaires et des foyers de nécrose. Nous conclûmes à de la syphilis.

Cliniquement, on ne pouvait trouver aucun antécédent de syphilis. MM. Laurent et Garcin firent la réaction de Wassermann. Elle fût positive.

Le malade fut donc soumis à un traitement intensif dont le détail nous fut indiqué par M. Nicolas, et au bout de 3 semaines, les lésions rétrocédèrent. Elles sont actuellement en bonne voie de guérison.

Dans cette observation, le séro-diagnostic syphilitique a été d'une réelle utilité: un traitement d'épreuve avait été essayé sans succès; cliniquement, il était impossible de songer à de la syphilis; histologiquement, les fluctuations du diagnostic ne permettaient aucune certitude. Et si bien que sans les indications fournies par lui en conformité avec le dernier diagnostic histologique, on n'aurait certainement pas persisté dans ce traitement mixte que le malade avait beaucoup de peine à accepter.

Voici cette observation:

J. G. âgé de 35 ans, appartient à une famille de 9 enfants, ses parents sont morts âgés. Son père, sa sœur ont été habituellement bien portants.

Lui-même est un homme solide, sans aucune tare.

Il n'a jamais eu de maladie vénérienne, et rien dans son histoire ne rappelle une syphilis méconnue.

Au régiment il eut une fièvre typhoïde grave avec hémorragie intestinale: il en a parfaitement guéri.

Marié depuis 9 ans; sa femme est bien portante, elle a en une fausse couche de 3 mois après être tombé sous une barrière. Depuis elle n'a pas eu de nouvelle grossesse.

Il y a 2 ans, J. G. avait eu une fracture du crâne avec hémorragie par le nez et les oreilles, et coma persistant pendant 3 jours, puis la guérison survint sans incident notable.

Il y a six mois, il fut convoqué pour une période militaire et se présenta à l'examen du médecin-major de son régiment parce qu'il souffrait de malaises vagues qu'il rapportait à son traumatisme cranien. En l'examinant on lui découvrit une tuméfaction sous-claviculaire qu'il ne soupçonnait pas, et il fut réformé.

Peu après, les malaises généraux dont il se plaignait s'étaient accrus, il découvrit qu'il portait une tumeur à l'omoplate droite. Cette tumeur était indolore. Il se montra au Dr Feitu qui lui fit sans succès prendre de l'iodure, puis des frictions iodurées. Comme il maigrissait, qu'il avait le dégoût de tout, moralement et physiquement, il finit par s'inquiéter et comme tout traitement médicamenteux n'amenait aucun changement, il fut radiscopé et radiothérapé par M. Chanoz. La radioscopie montra des masses sombres dans le médiastin, et orienta le diagnostic dans le sens de la tuberculose. La radiothérapie ne donna aucun résultat.

En juillet dernier, le malade nous fut présenté dans le service de M. Poncet. En outre d'un affaiblissement général certain, on notait la présence de quatre tumeurs, deux petites ayant les dimensions d'un noyau de cerise, l'une sous l'avant-bras droit, l'autre au niveau de la ligne axillaire gauche et deux plus volumineuses. De ces dernières, l'une située sous la clavicule gauche, au niveau de la partie axillaire de la face antérieure du thorax, était dure, non douloureuse, comme courbée dans l'espace intercosto-claviculaire. La peau était non adhérente à son niveau, mais, non changée d'aspect. L'autre remplissait la fosse sous-épineuse droite; rénitente, elle faisait songer à un lipome peut-être adhérent à l'os.

Un traitement mixte de 8 jours n'ayant amené aucun changement, le malade se décida à une intervention.

Le 10 septembre 1909, j'incisai sous la clavicule, et à travers une coque sarcomateuse très épaisse arrivai à un petit foyer caséeux.

Ce mal se prolongeait dans le thorax, mais donnait justement l'impression d'une tuberculose ganglionnaire anormale, plutôt que d'un sarcome. Elle fut curetée, excisée en partie, puis pansée à plat.

La guérison se fit rapidement en trois semaines.

Le 25 octobre, le malade fut rendormi pour être débarrassé de sa tumeur scapulaire. Je l'abordai avec l'idée de faire une opération conservatrice, l'examen histologique de la première tumeur ayant dit tuberculose ganglionnaire, nombreuses cellules géantes, mais une fois la tumeur découverte, elle ressemblait tellement à un sarcome périostique, que sur l'avis de M. Lenormant, agrégé de la Faculté de Paris, et de mes collègues Muller et Tavernier, assistant à l'intervention, je me décidai à enlever la plus grande partie de l'omoplate.

La guérison fut simple: vous pouvez vous rendre compte que fonctionnellement le résultat de l'intervention a été des plus satisfaisants et qu'il n'y a pas trace de récidive.

Macroscopiquement, la pièce donnait l'impression d'un sarcome périostique.

L'examen histologique nous répondit ceci:

Sur les coupes, la tumeur est constituée par une nappe de petites cellules rondes pressées les unes contre les autres, sans tissu de soutien bien appréciable. Çà et là les cellules s'allongent et deviennent fusiformes; dans ses points fusocellulaires apparaissent des vaisseaux, ne présentant pas les caractères de vaisseaux embryonnaires, mais surtout ayant au centraire des parois musculaires assez épaisses. Dans ces mêmes points on voit *également quelques myéloplaxes*, rares, il est vrai, mais très caractéristiques.

La tumeur présente des zones très étendues en voie de *nécrose*, formées de cavités limitées par du tissu conjonctif adulte et à contenance incolorable.

A la périphérie capsule fibreuse assez nette.

A l'intérieur de la tumeur, au milieu des éléments néoplasiques, on rencontre des paquets de fibres musculaires striées, dissociées, mais non envahies.

*En définitive sarcome fuso et globo-cellulaires contenant quelques myéloplaxes et assez bien encapsulé.* On peut donc espérer qu'il n'y aura peut-être pas de récidives.

Pendant la convalescence de la scapulectomie, pratiquée le 25 octobre, notre malade se mit à souffrir dans l'épaule gauche et dans la région sus-ombilicale. A ce niveau l'examen percevait une induration profonde, ligneuse. La clavicule se boursouflait un peu, il devenait évident qu'une récidive se faisait à ce niveau.

Aussi le 18 décembre fit-on une nouvelle anesthésie et j'abordai la masse sous-claviculaire, persuadé que le premier examen histologique était erroné et qu'il s'agissait bien d'un sarcome. Les tissus étaient lardacés, l'os très volumineux, mais le gonflement paraissait surtout extérieur. Aussi au lieu d'enlever toute la clavicule, je me bornai à la dédoubler longitudinalement, en excisant tous les tissus douteux.

Les premiers jours tout parut aller bien, mais bientôt des bourgeons sarcomateux apparurent dans la plaie: l'intervention avait été plus nuisible qu'utile.

Histologiquement, les tissus enlevés n'avaient que l'aspect de tissus d'inflammation banale.

Sur ces entrefaites, et lors du dernier concours, la tumeur du flanc droit étant douloureuse, fut enlevée par M. Delore. A la coupe, elle avait l'aspect d'une gomme. Elle fut examinée histologiquement par M. Dor, et voici la note qui nous fut transmise.

Il s'agit d'une lésion d'origine très probablement spécifique, d'une gomme intra-musculaire.

Au centre de la tumeur on ne voit qu'un tissu de nécrose au milieu duquel apparaissent çà et là quelques fibres musculaires méconnaissables.

A la périphérie on voit le tissu musculaire qu'infiltrent des cellules à caractère épithélioïdes. L'infiltration est maximum autour des vaisseaux qui sont atteints d'endartérite et quelques-uns oblitérés. Çà et là au sein du muscle, on voit apparaître des masses nécrosées analogues à la masse centrale, qui sont pour ainsi dire encapsulées par une zone de réaction conjonctive.

Çà et là aussi apparaissent au pourtour des vaisseaux quelques cellules géantes.

N.-B. — Dans un précédent examen une tumeur développée chez le même individu au niveau de la région scapulaire avait été considérée au niveau rée comme une tumeur à myéloplaxes. Les coupes ayant été étudiées à nouveau, le premier diagnostic dut être abandonné. Les lésions sont les mêmes que dans le cas actuel, mais par place les cellules géantes sont extrêmement abondantes, ce qui avait donné lieu à l'erreur.

Pendant ce temps, la tumeur de récidive claviculaire grossissait toujours, elle avait la dimension d'un gros œuf; des bourgeons sarcomateux distendaient la cicatrice des incisions antérieures: elle ne ressemblait en aucune façon à de la syphilis. C'est alors que je priai MM. Laurent et Garin de bien vouloir faire la réaction de Wassermann. Elle fut positive.

Il y a un mois que nous sommes en présence de ce résultat et que le malade est à un traitement mixte intensif. Pendant les quinze premiers jours, il n'eut aucun résultat, puis peu à peu les malaises généraux, la lassitude, les douleurs qu'il ressentait ont disparu. Depuis huit jours l'infiltration du creux sus-claviculaire a disparu et la tumeur claviculaire diminue.

On peut, croyons-nous, parler d'une guérison prochaine.

Il nous a semblé qu'à tous égards cette observation méritait d'être rapportée.

1° Elle montre l'utilité de la réaction de Wassermann.

2° Elle vient à l'appui des idées soutenues par MM. Nicolas et Favre sur la non-spécificité des cellules géantes et leur existence fréquente dans les lésions syphilitiques.

3° Elle apporte une contribution très intéressante à l'étude de l'étiologie de certains néoplasmes, de certaines tumeurs à myéloplaxes en particulier, et à ce titre mérite d'être retenue.

---

## AU SUJET
DE
## Quelques nouvelles Recherches bactériologiques

D'après le Profr GRIFFITHS, de Londres

Il est intéressant de savoir quelle est la puissance respective, au point de vue germicide, des trois antiseptiques actuellement les plus utilisés: sublimé, anios, acide phénique, et de re-

chercher ensuite quelle est leur valeur pratique (inconvénients, effets kératoplastiques).

Le professeur Griffiths, de Londres, a établi à ce sujet un tableau des recherches comparatives poursuivies dans son laboratoire et qui sont fort instructives pour le médecin.

Des fils de soie imprégnés de microbes et plongés dans l'anios pur (trioxychlorométhyle de vanadium) ont fourni les résultats suivants

| | | |
|---|---|---|
| Microbe du choléra...... | Détruit en 30 secondes | |
| — de la peste...... | — en 20 | — |
| — de la diphtérie.. | — en 16 | — |
| — de la grippe..... | — en 25 | — |

Avec une solution beaucoup plus faible, des résultats plus tardifs, mais tout aussi énergiques furent obtenus :

| | | Solutions d'anios 1 0/0 | 1 0/00 |
|---|---|---|---|
| Microbe du choléra | détruit | en 5 minutes | 15 minutes |
| — de la peste | — | en 3 minutes | 10 — |
| — de la dyphtérie | — | en 3 minutes ½ | 12 — |
| — de la grippe | — | en 3 — | 11 — |

Si maintenant on fait des essais comparatifs au point de vue germicide entre l'acide phénique et l'anios, on obtient d'après Griffiths :

| | Acide phénique 1 en 333 | Anios 1 en 2.000 |
|---|---|---|
| Bacille typhique. | Pas détruit | Détruit |
| Steptocoque..... | — | — |
| Staphylocoque doré..... | — | — |
| Bacillus subtilis.. | — | — |
| Bactérium coli. com.... | — | — |

Donc le trioxychlorométhyle de vanadium est un plus puissant antiseptique désinfectant que l'acide phénique.

Avec la solution à 25 0/00 de bichlorure d'hydrargyre, on obtient la destruction de ces mêmes microbes pathogènes en un temps presque équivalent, mais à la vérité un peu plus court.

Dès lors, au point de vue pratique, l'anios (solution à 1 et 2 0/0) peut être utilisé par le médecin comme un germicide de très grande énergie.

Le professeur Fomarkin, de Berne, arrive à des conclusions analogues et montre que le bacille de Koch et le bacille typhique sont détruits également en 80 à 90 secondes.

Si, maintenant, on établit le tableau comparatif au point de vue des inconvénients et des effets kératinisants entre le sublimé, l'anios et l'acide phénique, on a les conclusions suivantes :

| Sublimé | Anios | Acide phénique |
|---|---|---|
| toxique violent caustique dangereux | pas toxique pas caustique | toxique violent caustique dangereux |
| irritant pour la peau | pas irritant | irritant |

| Sublimé | Anios | Acide phénique |
|---|---|---|
| Attaque les métaux et les instruments. | Sans action secondaire sur les instruments. | Légère action défavorable sur les instruments. |
| inodore coloré (par nécessité) | inodore incolore | malodorant incolore |
| aucun effet kératoplastique. | très puissant cicatrisant. | pas d'effet nettement kératoplastique. |

A la lecture de ces divers tableaux, le clinicien pourra se rendre compte de la valeur pratique des agents actuels de l'antisepsie.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Formulaire Pharmaceutique** (Lavauzelle).

On sait que le corps de santé militaire tient à honneur de se tenir au courant de toutes les nouveautés en matière de thérapeutique. Nous en trouvons un exemple dans la publication récente d'un nouveau *Formulaire pharmaceutique* des hôpitaux militaires.

La rédaction de ce rapport a été entreprise par une commission présidée par M. le médecin-inspecteur Cloudot. Il a été tenu compte, dans cette rédaction, des nombreux vœux ou avis émis par les divers membres du Service de Santé consultés.

Le nouveau formulaire comprend deux tomes : le premier relatif aux médicaments, le deuxième au contrôle des denrées alimentaires.

La première partie du tome I[er] contient la description des médicaments usités dans le Service de Santé de l'armée.

La deuxième partie contient les prescriptions concernant l'exécution du service pharmaceutique.

Une troisième partie est formée par une instruction très détaillée sur les cas d'empoisonnement. Enfin, le tome I[er] se termine par une série de documents concernant la densimétrie, l'alcoométrie, etc.

**Annuaire du Service de Santé.**

La librairie Lavauzelle vient de publier l'*Annuaire général des Officiers du Service de Santé.* Cet ouvrage présente toutes les qualités qui distinguent les meilleures publications analogues et constitue un recueil précieux d'indications extrêmement utiles et d'ordres très divers.

Si l'on y trouve tout naturellement l'énumération de tous les médecins, pharmaciens ou officiers d'administration du Service de Santé, avec l'indication de leur état-civil, de leur ancienneté, de la suite de leurs services et de leur affectation actuelle, on y trouve également d'autres documents.

**Les Chants du Nadir**, poésies par Sidi Kassem (Daragon).

Voici des poésies qui sentent bon la sincérité et le coloris local; l'auteur, qui se cache sous le pseudonyme de Sidi Kassem a, en effet, habité l'Algérie pendant de longs mois. Il nous en est revenu avec des observations et des remarques qu'il avait prises sur le vif et qu'il nous débite en vers de la façon la plus charmante. Il y a des poésies qui sembleraient même très suaves si elles n'avaient ce piquant de vérité contre lequel le lecteur est forcé de reconnaître l'exactitude.

**Chirurgie du Praticien** (*Technique des Opérations courantes et Chirurgie d'urgence*), par le D[r] Marion, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine. Chirurgien des Hôpitaux (A. Maloine).

Le docteur Marion vient de faire paraître *La Chirurgie du Praticien.* Autant qu'il nous semble, nous avons déjà vu sous un autre titre cet ouvrage et il nous souvient d'une *Technique des Opérations courantes* qui pourrait bien être l'ancêtre de ce nouveau livre. En réalité, le succès de cette technique avait encouragé l'auteur à agrandir le cadre de son ouvrage, et la dernière édition avait été intitulée : *Manuel de Technique Chirurgicale*, dénomination répondant à son contenu qui, au lieu de comprendre seulement les opérations courantes, comprenait la technique de toutes les opérations. Mais à la demande de nombreux médecins qui n'ont pas l'intention de faire toute la chirurgie, M. Marion s'est décidé à publier une nouvelle édition de son premier livre.

Pour peu que le médecin connaisse un peu d'anatomie, et lorsque cela est nécessaire l'auteur rappelle les notions anatomiques utiles, pour peu qu'il ne soit pas absolument maladroit de ses mains, en suivant pas à pas les préceptes donnés dans cet excellent livre, il pourra faire et bien faire un grand nombre de petites interventions, non seulement de nécessité, mais aussi d'opportunité.

A côté de la partie purement technique, il existe avant chaque description de l'opération un paragraphe traitant des indications, et, chose qui semble plus utile encore, le résumé de la conduite à tenir dans les jours qui suivent pour amener l'opéré à la guérison complète.

En un mot, c'est là un livre simple, clair, pratique, de la plus grande utilité pour tous ceux que les conditions d'exercice de la médecine obligent à tout faire.

**Les Adénites tuberculeuses et leur traitement** (*Consultations médicales françaises*, fascicule XVIII), par le D[r] Soubeyran, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (A. Poinat).

**Les Appareils plâtrés**, par le D[r] Privat (Maloine, édit.).

Cet ouvrage est écrit pour des praticiens et ne contient que des techniques faciles à exécuter par tous. La 1[re] partie a trait à la préparation de l'appareil et du malade : manière de choisir et d'apprêter les matériaux, soins à donner au patient. La 2[e] indique la manière de construire un appareil et dans la 3[e] sont réunis les détails de l'entretien des appareils, des soins à donner au malade plâtré, des moyens de supprimer ou, au moins, de réduire le plus possible la gêne et la fatigue occasionnées par le port de l'appareil.

Cet ouvrage, inspiré par le maître Calot dont l'auteur est l'assistant, est orné d'un très grand nombre de figures. Il est essentiellement pratique. Nous y reviendrons.

# CARNET DU PRATICIEN

### Odontalgie

*Périostite.* — Au traitement antiseptique de la dent infectée, on adjoindra les bains de bouche émollients : décoction de guimauve ou de pavots, ou solution de chloral à 15 pour mille. Applications de pointes de feu sur la gencive.

Badigeonnages matin et soir de la gencive avec

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode................ | 10 grammes |
| Teinture d'aconit.............. | 10 — |

ou bien

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode................ | 4 grammes |
| Teinture d'aconit.............. | 4 — |
| Gaïacol synthétique cristallisé. | 2 — |

ou bien

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode................ | 6 grammes |
| Teinture d'aconit.............. | 6 — |
| Chloroforme.................... | 4 — |

*Usage externe.*

*Carie. Pulpite.* — Après nettoyage rapide de la dent, imbiber un tampon de coton avec l'une des préparations suivantes et l'introduire dans la cavité.

| | |
|---|---|
| Teinture de benjoin ........ | 10 grammes |
| Essence de girofle........... | 3 — |

*Usage externe.*

| | |
|---|---|
| Formol à 40 0/0.............. | 10 grammes |
| Essence de géranium........ | 2 — |

*Usage externe.* (Marion et André).

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 0 gr. 01 |
| Chlorhydrate de morphine.... | 0 gr. 01 |
| Essence de girofle........... | Q. S. pour faire une pâte épaisse. |

(Roy.)

*Usage externe.* Recouvrir de gutta.

| | |
|---|---|
| Chloroforme.................. | 10 grammes |
| Créosote...................... | 10 — |
| Laudanum..................... | 10 — |
| Teinture de benjoin ......... | 30 — |

*Usage externe.* (Mesnard.)

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral............ | 5 grammes |
| Chlorhydrate de cocaïne...... | 3 — |
| Camphre pulvérisé ........... | 5 — |
| Alcool........................ | X gouttes |

*Usage externe.* Une goutte sur un peu de coton.

| | |
|---|---|
| Teinture de benjoin .......... | 6 grammes |
| Chloroforme.................. | 4 — |
| Acide phénique............... | 2 — |

*Usage externe.* (Estéoule et Dauzier.)

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

En «*italique*». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numéro a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Contrexéville.**

Une grande fête des fleurs et d'automobiles fleuries vient d'avoir lieu à Contrexéville avec le plus grand succès. Elle a été favorisée par le beau temps et a réuni beaucoup de monde. Voici d'ailleurs ce que nous lisons dans *Contrexéville-Pavillon*:

« Le gymkana a été très reussi et la bataille de fleurs terrible nous nous contenterons de dire que dix mille projectiles furent employés et que la bataille ne cessa que faute de munitions.

« Jamais on n'avait vu à Contrexéville autant d'entrain ni une aussi jolie fête.

« Nous nous permettons d'adresser nos remerciements à M. le baron de Zuylen, qui a bien voulu présider cette jolie fête et offrir les nombreuses médailles de l'Automobile-Club de France qui n'ont pas été sans contribuer à encourager les propriétaires d'automobiles à orner leurs voitures ; il nous faut en plus féliciter les aimables buveurs qui ont bien voulu y contribuer et tout particulièrement le Comité des fêtes qui n'a pas ménagé son temps et ses peines pour arriver à un aussi beau résultat. »

**Villers :**

L'affluence des baigneurs à Villers, a été cette année considérable, et les locations se font pour septembre, un peu partout. Cette station s'efforce d'ailleurs de donner à ses visiteurs toutes les satisfactions désirables ; elle y est aidée par sa situation admirable, dans un site de toute beauté, sur la route de Tronville, d'Houlgate et de Cabourg.

Le syndicat des propriétaires s'efforce de faciliter ce mouvement ; l'eau potable est largement distribuée, un plan complémentaire d'égonts est à l'étude et actuellement soumis au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

La question des distractions, si importante au bord de la mer, n'est pas négligée, et à cet égard, on promet maintes surprises.

Mais, mieux que toutes les organisations, la douceur du climat, qui permet de prolonger les séjours à la mer, promet à cette coquette station, un avenir plein de promesses.

# ÉCHOS

**Contre le choléra**

Voici les principales dispositions d'un décret que publie le *Journal Officiel* sur les mesures sanitaires à prendre en vue d'éviter l'importation du choléra en France :

Toute personne venant d'une région contaminée de choléra et qui présente en arrivant à la frontière française des symptômes suspects de cette maladie (vomissements, diarrhée), est retenue à la gare frontière par le commissaire spécial et placée dans un local isolé jusqu'à l'arrivée d'un médecin immédiatement requis.

Toute personne venant d'une région contaminée de choléra qui, en cours de route, présente les mêmes symptômes suspects est, dans le plus bref délai possible, isolée dans un compartiment que tous les autres voyageurs doivent quitter ; tous les agents de l'exploitation sont tenus d'intervenir d'urgence pour assurer l'exécution des prescriptions ci-dessus et tous les voyageurs doivent se conformer à leurs injonctions.

Au premier arrêt du train dans une gare où réside un commissaire spécial, la personne malade est isolée par les soins de ce fonctionnaire.

Toute personne qui, arrivant dans une gare française d'une région contaminée de choléra, présente des symptômes suspects, est soumise aux mesures édictées par l'article 1er.

Les voitures qui auraient été occupées par un malade atteint de choléra ou considéré comme suspect de choléra sont évacuées et désinfectées dans le moindre délai.

Est prohibée l'entrée en France par la frontière de terre, en provenance des régions contaminées : 1° De linge sale, de bardes, vêtements ou literie souillés, en dehors du cas où ils seraient transportés comme bagages; 2° Des chiffons et drilles, à l'exception des chiffons comprimés qui sont transportés comme marchandises en gros par ballots cerclés ; 3° des fruits et légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol.

Toute personne qui loge un ou plusieurs voyageurs venant directement de régions contaminées ou ayant quitté celles-ci depuis moins de huit jours est tenue d'en faire la déclaration dans les vingt-quatre heures de l'arrivée au maire de la commune, et à Paris au préfet de police ou à la mairie de l'arrondissement.

Tout cas de maladie soupçonné d'être le choléra doit être immédiatement déclaré à la mairie soit par le médecin qui en constate l'existence, soit, à défaut, par le chef de famille, par les personnes qui soignent le malade ou par celles qui le logeraient. Pour Paris, cette declaration est faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Sur l'ordre du maire et de concert avec le médecin, toute personne atteinte d'une maladie qui est reconnue ou qui est soupçonnée être le choléra, est immédiatement et rigoureusement isolée, et toutes mesures de prophylaxie sont prises sur-le-champ à son égard et à l'égard des personnes de son entourage.

Les infractions au présent décret seront constatées et poursuivies conformément aux prescriptions de la loi du 3 mars 1822, notamment de l'article 13 qui punit d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 50 à 500 francs tout individu qui aurait refusé d'obéir aux réquisitions d'urgence pour un service sanitaire, ou qui, ayant connaissance d'un symptôme de choléra, aurait négligé d'en avertir les autorités sanitaires, et de l'article 14, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque, sans avoir commis aucun délit nommément spécifié dans les articles précédents de la loi, aurait contrevenu en matière sanitaire soit aux règlements généraux ou locaux, soit aux ordres des autorités compétentes.

Ce décret est signé des ministres de l'Intérieur, des Finances et des Travaux Publics.

**Médecins américains en Chine.**

Un groupe de médecins américains, parmi lesquels plusieurs docteurs de l'Université Harvard, projette la création à Shangbaï d'une école de médecine pour les étudiants chinois. Le Dr Martin Edwards, qui est rentré récemment d'un voyage d'études en Chine et en Amérique, a trouvé les conditions particulièrement favorables à Shangbaï pour la création d'une telle école. L'organe de la société asiatique des Etats-Unis déclare que les fonctionnaires et les propriétaires chinois approuvent le projet et sont disposés à le soutenir moralement et pécuniairement.

Il est très regrettable pour l'influence française qu'une telle initiative ne parte pas de notre pays.

**Guy-Patin et les Inondations de Paris.**

Notre célèbre confrère Guy-Patin, écrivait les lignes suivantes — toutes d'actualité — en 1658 :

« On fait ici des assemblées de ville pour délibérer et trouver quelque moyen de remédier aux débordements de la rivière, en la détournant avant qu'elle entre dans Paris, soit en continuant le canal qui a été commencé à l'entour de la porte Sainte-Antoine, et le continuant par les portes du Temple, de Saint-Martin, de Saint-Denis, de Montmartre, de Richelieu et de Saint Honoré jusqu'à la porte de la Conférence, un peu en deçà du Cours-de-la-Reine. D'autres disent qu'il faudrait faire un grand fossé devers Saint-Maur, qui passât au travers de la plaine de Saint-Denis et se vint décharger dans la Seine, entre Saint-Ouen et Saint-Denis, ou que c'est la rivière de Marne qui nous fournit tant d'eau, laquelle en reçoit de fort loin, jusque même des montagnes de Lorraine. Il n'y a encore rien d'arrêté, mais seulement il y a des députés nommés pour examiner une affaire de cette importance. »

**Les débits de boissons.**

Voici le nombre des débits de spiritueux dans quelques-unes des principales villes du monde :

| | Habitants | Débits |
|---|---|---|
| | — | — |
| Londres........... | 4.536.000 | 5 860 |
| New-York.......... | 3 437.000 | 10 821 |
| Chicago........... | 1.698 000 | 5.740 |
| Saint-Pétersbourg..... | 1 500.000 | 513 |
| Paris............. | 2 661.000 | 30.000 |

On voit que Paris arrive, hélas ! bon premier !

81e Année (Série XIIIe) — N° 67   Le Numéro : 25 Centimes   1er Septembre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Président, Membre du Jury.*
*Exposition Bruxelles, Cl. 16*

# ÉCHOS

**Nécrologie**

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès de notre maître le professeur Farabeuf, qui créa l'enseignement de l'anatomie à l'Ecole. Il fut un professeur éminent qu'on ne put remplacer.

**Exercice de la médecine.** — *Loi du 14 avril 1910 modifiant le § 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE UNIQUE. — Le § 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et, s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté ou par l'Ecole professionnelle dûment autorisée.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

*Ordonnance sur l'exercice de la médecine.* — Le préfet de police vient de publier l'ordonnance suivante :

ARTICLE PREMIER. — La loi du 14 avril 1910, modifiant le § 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine sera publiée et affichée à Paris et dans les communes du département de la Seine.

ART. 2. — L'enregistrement des diplômes des docteurs en médecine, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes prévus par la loi susvisée se fera, dans le département de la Seine, à la préfecture de police (2e division, bureau d'hygiène).

Le visa du titre enregistré prescrit par la même loi se fera, pour les praticiens domiciliés dans les communes du département de la Seine, à la mairie de leur domicile. Pour ceux qui sont domiciliés à Paris, la formalité du visa sera effectuée à la préfecture de police, en même temps que l'enregistrement du diplôme.

ART. 3. — Les praticiens pourvus du certificat d'aptitude au diplôme, mais non encore en possession de leur diplôme, devront faire enregistrer et viser ce certificat dans les conditions ci-dessus spécifiées

Ils devront faire enregistrer et viser le diplôme lui-même aussitôt qu'ils l'auront reçu en échange du certificat provisoire.

ART. 4. — Les maires des communes du département de la Seine et le chef de la 2e division sont charges de l'exécution de la présente ordonnance.

**Pharmacies russes**

Certaines pharmacies russes ont une importance colossale. C'est ainsi que l'ancienne pharmacie Nikolska occupe le chiffre fantastique de 700 employés de toutes sortes ; ils se répartissent ainsi : 13 maîtres apothicaires, 1 docteur médecin, 106 gérants, 95 aides-pharmaciens, 18 élèves, 20 droguistes, 86 aides-ouvriers et 20 ouvrières.

Le chiffre des ordonnances dépasse 2.000 par jour et atteint dans l'année le demi-million !

**Le choléra en Russie et le Congrès international d'obstétrique**

On nous prie de publier la note suivante :

Le Comité d'organisation du 5e Congrès international d'obstétrique et de gynécologie qui doit avoir lieu à Saint-Pétersbourg au mois de septembre 1910, se croit obligé de faire la communication suivante pour dissiper les appréhensions et répondre aux questions qui lui sont posées à propos du choléra en Russie.

Les données sur le choléra à Saint-Pétersbourg sont exagérées dans la presse étrangère. La maladie sévit surtout dans la basse classe de la population. Le nombre des malades n'est pas bien considérable pour une population de deux millions d'habitants. Le danger de contagion pour les membres du Congrès est exclu. Le Comité d'organisation espère que les nouvelles répandues par la presse générale n'empêcheront pas les membres du Congrès de faire le voyage à Saint-Pétersbourg. Le nombre des malades diminue déjà et nous espérons qu'au moment du Congrès l'épidémie sera complètement éteinte.

**Écoles d'Infirmières**

Le 5 octobre prochain aura lieu un examen pour l'admission de cent élèves à l'école des infirmières de l'Assistance publique (hospice de la Salpêtrière à Paris) ; cet examen comportera, outre un examen médical, des épreuves écrites : dictées, narration simple, problèmes d'arithmétique élémentaire (programme du certificat d'études) ainsi qu'une épreuve de couture. Les candidates qui ne pourraient être reçues dans une famille à Paris seront, pendant la durée des épreuves, logées et nourries gratuitement à l'école.

L'école des infirmières de l'Assistance publique reçoit des jeunes filles de dix-neuf à vingt six ans, de constitution robuste. L'administration générale de l'Assistance publique à Paris qui leur donne, outre les prestations en nature (logement en chambre, nourriture, habillement, etc.), une indemnité mensuelle de 10 francs, la première année, de 20 francs, la deuxième année, exigera d'elles l'engagement de servir pendant trois ans dans ses établissements ou de rembourser les frais de pension fixés à 1.095 francs par an. Le régime de l'école est l'internat.

A leur sortie de l'école, les élèves qui ont satisfait aux examens de fin d'études sont pourvues d'un emploi d'infirmière de deuxième classe dans les établissements de l'administration (traitement en argent : 700 francs outre les prestations en nature).

Adresser les demandes le plus tôt possible à M. le directeur de l'Assistance publique (service de la direction), 3, avenue Victoria, Paris.

**Réunion Sanitaire Provinciale de 1910**

La Société de médecine publique et de génie sanitaire a décidé d'organiser, cette année, comme l'an dernier, une Réunion sanitaire provinciale qui se tiendra à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 novembre 1910.

Les questions mises à l'ordre du jour des séances sont les suivantes :

1° La pratique de la désinfection ; rapporteur : M. Ch. Ott.

2° Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde; rapporteurs : MM. Lemoine et Vincey.

3° Rapports des directeurs de bureaux d'hygiène avec les médecins praticiens ; rapporteurs : MM. J. Courmont, Pottevin, Martial.

Outre ces questions plus spécialement étudiées et mises en discussion, la Société de médecine publique et de génie sanitaire accueillera avec reconnaissance les communications relatives à l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène, et en général de tous les services d'hygiène publique.

LE BALLOTTEMENT SUS-HÉPATIQUE

SIGNE NOUVEAU DES

# Kystes hydatiques de la Convexité du Foie

Par le Pr A. CHAUFFARD

Médecin de l'Hôpital Cochin, Membre de l'Académie de Médecine

Il y a un an (1), j'attirais l'attention de l'Académie sur un nouveau signe physique que j'avais constaté dans deux cas de volumineux hystes hydatiques de la convexité du foie; c'était une sensation assez spéciale de vibration profonde, de flot, perçue par la main gauche appliquée à plat et transversalement sur la partie postérieure et moyenne de l'hémithorax droit, tandis que les doigts de la main droite percutent en avant, légèrement et à petits coups séparés, la région occupée par la collection intra-hépatique. J'ai proposé les noms de *flot transthoracique*, quand la percussion antérieure porte sur la paroi costale, de *flot transabdomino-thoracique* quand elle est pratiquée plus bas, sur la portion du foie hypertrophiée et abaissée qui déborde des fausses côtes.

Depuis lors, j'ai retrouvé plusieurs fois ce signe du flot, et je me crois en droit de confirmer sa valeur clinique.

Aujourd'hui, je voudrais, en quelques mots, faire connaître un autre signe physique, jusqu'à un certain point corrélatif du précédent, et que j'ai récemment constaté dans les conditions suivantes :

Il y a quelques semaines, mon confrère le Dr Fabignon, de Clermont (Oise), voulait bien m'adresser à Cochin une malade atteinte, paraît-il, de kyste hydatique du foie, diagnostic pleinement justifié, comme nous allons le voir.

Il s'agissait d'une femme âgée de quarante et un ans, sans antécédents pathologiques notables, et qui, en dehors de toute cause connue, avait été prise, *sept ans auparavant*, d'une douleur localisée sous les fausses côtes droites, vers l'insertion supérieure du grand droit. Depuis lors, persistance de cette douleur sourde, sans gêne des mouvements.

Il y a trois ans, éclate une crise douloureuse extrêmement violente et que, seule, la pression de la région hépatique pouvait rendre supportable; le lendemain, selles un peu décolorées et urines acajou, mais sans ictère vrai ni prurit.

Depuis quinze mois, on constate une hypertrophie notable du foie, dont la malade s'aperçoit elle-même depuis six mois. Pas de troubles digestifs sérieux du reste, ni d'urticaire, ni de douleurs dans l'épaule droite. Peut-être un peu d'amaigrissement.

Nous examinons la malade, et nous lui trouvons un *foie énorme*, dont le bord inférieur, très abaissé et déformé, dépasse sensiblement la ligne ombilicale et dont la ligne supérieure de matité remonte environ à la troisième côte en avant. La partie explorable du parenchyme hépatique est un peu ferme, sans être scléreuse, ni tendue ou rénitente; elle n'est pas douloureuse à la pression.

(1) A. Chauffard. Le signe du « flot transthoracique » dans les kystes hydatiques de la convexité du foie. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, 6 juillet 1909.)

L'hémithorax droit est, dans ses deux tiers inférieurs, visiblement saillant, hombé, avec des espaces intercostaux élargis. Son périmètre dépasse de trois centimètres celui du côté gauche.

L'hypertrophie hépatique est si considérable que le plus grand diamètre vertical du foie paraît être de 34 centimètres. Et, cependant, en arrière, on entend encore assez bien le murmure vésiculaire à droite, avec un timbre rude de l'inspiration.

Une radiographie, pratiquée par le Dr Ménard, confirme ces données cliniques et montre que l'opacité ascendante et convexe du dôme hépatique atteint le niveau de la troisième côte.

La recherche des signes biologiques donne une faible éosinophilie (3,5 0/0) et une réaction de fixation franchement positive. Le diagnostic n'était donc pas douteux, et on pouvait affirmer l'existence d'un *énorme kyste hydatique de la convexité*, ascendant, atteignant le niveau de la troisième côte, dilatant tout l'hémithorax droit.

La recherche du flot transthoracique est positive, sans être cependant aussi nette que je l'ai vue dans d'autres cas. Le flot trans-abdomino-thoracique ne paraît pas perceptible.

Mais, en outre, je constate très nettement l'existence d'un signe que je crois nouveau et que je propose d'appeler le *ballottement sus-hépatique*. Voici comment j'ai pu le percevoir. La malade étant couchée bien à plat, le thorax tendu, la main gauche est appliquée en avant et transversalement au niveau du deuxième et du troisième espace intercostal droit; les doigts de la main droite, regardant vers le haut, sont placés *au-dessous* du bord hépatique inférieur, au point le plus abaissé du lobe droit; une fois le rebord hépatique ainsi *accroché*, une série de petites secousses dirigées de bas en haut, ébranlent et remontent, pour ainsi dire, toute la masse hépato-kystique. Or, à chaque saccade, *la main gauche perçoit un choc léger, dirigé de bas en haut, au niveau du deuxième espace intercostal droit.*

C'est, en somme, un procédé d'exploration bimanuelle, doublement analogue à la recherche du ballottement rénal, vésiculaire ou splénique, par sa technique et par la nature très spéciale de la sensation qu'il provoque. D'où le nom de *ballottement sus-hépatique* qui me paraît convenir. C'est bien un ballottement que nous produisons, c'est le foie qui est l'organe mobilisé, et c'est de l'abdomen vers le thorax que nous l'ébranlons, la perception spéciale étant obtenue à travers l'espace intercostal élargi et tendu.

Je n'ai pu obtenir le ballottement qu'*en avant* et non dans la partie postérieure des espaces intercostaux. Il fait également défaut quand l'exploration se fait, non pas à plat, mais dans la position verticale.

Rien n'est plus net, du reste, que cette sensation de choc, de ballottement, et, chez ma malade, elle a pu être constatée par mes collègues, MM. Quénu et Pierre Duval, ainsi que par de nombreux médecins et élèves de mon service.

La malade a été opérée à Cochin, par M. Quénu, le 30 mai, et elle est actuellement en voie de guérison. Le kyste était énorme, tout entier intra-thoracique, la partie abdominale de la masse correspondant au parenchyme hépatique hypertrophié et abaissé. La cavité kystique était remplie par des vésicules filles, dont quelques-unes par leur volume et l'altération de leur paroi étaient certainement très anciennes, et par du liquide eau de roche.

Pas plus que le flot transthoracique, ce signe physique n'a été jusqu'à présent, je crois, signalé ni étudié.

Les deux signes ne me paraissent pas faire double emploi, ils se complètent et relèvent de la même pathogénie, l'existence d'une vaste collection enkystée, tendue, rénitente, élastique, en rapport intime avec la paroi intercostale élargie, et faisant corps avec la masse du parenchyme hépatique.

En combinant la recherche du *flot* et celle du *ballottement*, on arrive, pour ainsi dire, à *cuber* la masse hépato-kystique, à prendre la perception directe de deux de ses dimensions, la verticale et l'antéro-postérieure, l'un des signes se recherchant de bas en haut et l'autre d'avant en arrière.

De plus, il était vraiment saisissant de voir à quel point concordaient, pour la délimitation supérieure du kyste, les indications données par les deux méthodes de la radiographie et du ballottement. L'image optique et l'image tactile étaient superposables comme niveau.

La sensation du ballottement sus-hépatique peut-elle être donnée par d'autres *gros foies* que les foies à kyste ascendant ? Je ne le pense pas, si j'en juge par deux autres faits cliniques que je viens d'observer; dans un cas de cirrhose hypertrophique biliaire avec diamètre vertical de 25 centimètres, dans un énorme cancer primitif du foie avec diamètre vertical de 27 centimètres, le ballottement faisait défaut. En général, les hypertrophies *solides* du foie sont plus descendantes qu'ascendantes et n'arrivent pas, comme les kystes de la convexité, à refouler très haut le diaphragme, à distendre les espaces intercostaux en prenant contact avec leur paroi interne.

Je crois bien que le signe que je viens de signaler doit être relativement rare, un signe d'exception, et qu'il ne sera guère retrouvé que dans les très volumineux kystes ascendants de la convexité. Je demande, cependant, qu'on veuille bien lui donner place dans la séméiologie physique des kystes hydatiques, avec l'espoir qu'il pourra parfois être intéressant et utile d'en rechercher et constater l'existence.

# Syphilis et Rachitisme

Par M. le Dr HENRI DUFOUR, Médecin de la Maternité

Et M. JULIEN HUBER, Interne des Hôpitaux

Il s'agit d'un nourrisson de dix mois, du sexe féminin, qui présente les déformations typiques d'un rachitisme grave.

Le poids est de 4 kil. 175; il y a des adénites inguinales, cyphoscoliose dorso-lombaire, un chapelet costal, un crâne très développé avec large ouverture de la fontanelle antérieure, absence de dents, noures aux extrémités des os longs et des courbures extravagantes des fémurs, des os des jambes et des bras.

Le rachitisme n'est pas niable. Or, ce qui constitue l'intérêt de ce cas, c'est qu'on note au niveau de la vulve et du ponrtour de l'anus l'existence de plaques muqueuses hypertrophiques, et que, d'autre part, l'examen du sang fait par M. Demanche a donné une réaction de Wassermann positive. Cette même réaction n'a été que partiellement positive pour le sang de la mère.

En interrogeant le père et la mère, on ne retrouve aucun antécédent pouvant faire penser soit à la tuberculose, soit à la syphilis, mais on apprend que la mère a une albuminurie assez intense depuis l'âge de sept ans à la suite d'une scarlatine, et cette albuminurie aurait augmenté pendant la grossesse.

L'enfant a été nourri au biberon soit chez ses parents, soit en nourrice.

En résumé, il s'agit d'un cas de rachitisme semblant relever de syphilis héréditaire.

C'est le deuxième cas que nous avons à enregistrer en peu de temps. Le premier a été publié par l'un de nous dans une autre communication à la Société de Neurologie. Il s'agissait d'un enfant né à la Maternité et qui y est resté jusqu'à sa mort, arrivée à l'âge de dix-huit mois. La mère et l'enfant présentèrent la réaction de Wassermann positive, la mère avait de plus une hémiplégie d'origine syphilitique.

Dans ce deuxième cas, l'enfant soumis à l'alimentation la plus rationnelle et la plus variée n'avait jamais pu dépasser 4 kil. 700 et avait fini par succomber.

Nous admettons volontiers que la syphilis ait pu être causc des troubles digestifs et que c'est par leur intermédiaire que l'enfant soit devenu rachitique.

Mais il nous a semblé intéressant de montrer le rôle de la syphilis dans ces deux cas de rachitisme grave apparus de façon précoce. Nous ajouterons que dans le deuxième cas, le traitement spécifique des plus difficiles à appliquer n'a pas semblé influencer favorablement l'évolutiou du rachitisme.

Nous ferons observer qu'à la faveur de la réaction de Wassermann, recherchée chez les parents et les enfants, la question des rapports reliant le rachitisme à l'herédo-syphilis mérite d'être reprise à nouveau.

Comme beaucoup d'auteurs, nous admettons que le rachitisme n'est qu'un syndrome, mais il nous a semblé que les cas précoces et graves relèvent plus de l'hérédo-syphilis que de toute autre cause.

## REVUE D'UROLOGIE

**Contribution à l'étude des rétentions chroniques d'urine sans obstacle mécanique,** par MM. Rochet et Müller (*Lyon méd*).

La question des *rétentions chroniques sans obstacle mécanique* (rétrécissement, hypertrophie de la prostate, etc.), et, bien entendu, sans maladie nerveuse (encéphalique ou médullaire) caractérisée, est une de celles qui préoccupent l'urologue à l'heure actuelle, sur laquelle on a déjà beaucoup écrit et qui apparaît encore des plus obscures dans sa pathogénie (1).

Les faits sont là, indéniables. Il y a des malades jeunes encore (40 à 50 ans ordinairement) qui vident mal leur vessie, qui sont même obligés de se sonder pour assurer cette évacuation, qui présentent tous les symptômes du prostatisme à ses différents degrés, et chez lesquels on ne découvre à l'examen le plus soigneux *aucune lésion capable* d'expliquer ces troubles fonctionnels. Si l'on ne trouve ni rétrécissement, ni prostate grosse ou chroniquement enflammée, ni tabes, on peut parfois relever une intoxication générale susceptible de jouer un rôle plus ou moins actif sur le muscle vésical lui-même (alcoolisme chronique, saturnisme, etc.), ou une ancienne infection de la cavité vésicale susceptible de retentir à la longue sur la musculature vésicale et de la paralyser par l'inflammation chronique qui la fait dégénérer. Nous avons insisté ici même sur les cas de faux prostatisme d'origine alcoolique, plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Mais, parfois aussi, on ne relève ni intoxication, ni infection, ni aucune cause plausible de la rétention, et alors il faut avouer notre ignorance ou se rabattre sur de simples hypothèses. Il faut alors noter avec soin les moindres signes cliniques trouvés sur pareils malades, et, de l'examen comparé de nombreux malades de ce genre, peut-être pourra-t-on tirer un jour des renseignements étiologiques un peu plus précis que ceux actuellement invoqués.

Nous avons pu observer dernièrement deux sujets de cette catégorie dont voici l'observation résumée, et chez lesquels nous avons tenté un traitement chirurgical, pas nouveau en lui-même, de date même fort ancienne, mais qui nous a donné en l'espèce de bons résultats : la simple boutonnière périnéale avec dilatation forcée de l'urètre profond et du col.

Le premier cas avait trait à un homme de 52 ans, vigoureux, habitant la campagne, sans antécédent pathologique méritant d'être noté, sans passé vénérien aucun. Marié à 30 ans, père de quatre enfants bien portants. Pas d'alcoolisme véritable (1 litre 1/2 à 2 litres de vin par jour au plus).

Depuis plusieurs années déjà il éprouvait certaines difficultés à uriner, jet peu fort, urination lente et en plusieurs temps; obligation de pousser pour achever la miction. Aucune douleur, pas d'hématurie, pas de pyurie.

Depuis deux ans, les troubles urinaires se sont considérablement accentués ; il a commencé à se lever la nuit plusieurs fois, et dans le jour il urinait souvent aussi, et péniblement. Depuis deux mois, et c'est ce qui le décida à entrer à l'hôpital, il pissait même parfois dans son lit ou dans son pantalon, sans s'en apercevoir.

A l'examen du malade, on trouva tout d'abord une vessie distendue à l'hypogastre, non douloureuse, et le cathétérisme ramena un résidu de plus de 600 grammes. Rien dans la cavité vésicale, pas de calculs ; pas de rétrécissement de l'urètre non plus ; le passage de la boule est seulement arrêté un instant à l'entrée de la région membraneuse par un spasme assez fort ; second arrêt au niveau de la prostate et de l'orifice urétro-vésical.

Le toucher rectal révéla une prostate plutôt petite, non indurée, dont on délimitait très bien les contours.

Les urines *étaient très claires jusqu'à ces derniers temps ;* elles se sont troublées à la suite d'un sondage qu'on avait dû pratiquer au malade, chez lui, peu de temps avant l'entrée à l'hôpital. Elles sont purulentes actuellement. Rien du côté du système nerveux : aucun signe de tabes ni de maladie médullaire ou encéphalique.

A la *cystoscopie*, rien de bien particulier du côté de l'orifice urétro-vésical ; pas de grosse saillie anormale pouvant expliquer la rétention. Le contour du col paraît cependant surélevé. On propose au malade une cystostomie sus-pubienne. L'opération permet de constater une paroi vésicale très épaisse (plus de 1 centimètre d'épaisseur), malgré une distension considérable de la cavité vésicale.

Au niveau du col vésical on retrouve une très légère saillie du contour cervical dans la vessie, mais sans croupion, sans lobulation pouvant faire clapet; quant au corps même de la prostate, pris entre deux doigts (rectal et vésical), il paraît insignifiant comme volume, *beaucoup plus petit même que l'âge du sujet ne le comporterait ;* la prostate est souple, nulle part indurée.

On ne juge pas, par conséquent la prostatectomie indiquée, et l'on se borne à l'ouverture temporaire.

Au bout de deux mois, la cystostomie s'est presque complètement refermée ; mais, à mesure que la plaie se bouchait, la rétention et la distension vésicale reparaissaient, et quand tout fut cicatrisé, la rétention reparut totale presque, si bien que, quatre mois après l'opération, on fut obligé de sonder le malade comme par le passé, et même de lui mettre la sonde à demeure pour éviter des cathétérismes trop fréquents.

Six mois après la cystostomie, voyant que l'amélioration était nulle, on propose au malade une nouvelle opération, et l'on décide cette fois de la faire par le périnée.

On fait une boutonnière à l'urètre membraneux après décollement du rectum sur une petite étendue, puis on introduit dans la vessie la série de bougies d'Hégar jusqu'à ce qu'on puisse introduire le doigt dans la cavité vésicale. Le doigt permet alors de sentir, au niveau même de l'orifice urétro-vésical, un *anneau dur, très serré*, musculaire ou fibreux, qui a résisté à la dilatation et qu'on dilacère avec l'index. On sent aussi, dans la traversée prostatique, deux ou trois petits grains durs et ronds du volume de grains de plomb, et qui paraissent de petits corps sphéroïdes en miniature. La glande prostate elle-même est très petite, non indurée, insignifiante certainement au point de vue causal pour la rétention. On met deux petits drains en canon de fusil pour le drainage périnéal temporaire.

La deuxième opération fut très bien supportée, et la plaie se répara rapidement en moins d'un mois. Mais, cette fois, le *malade se mit à uriner facilement par l'urètre*, et quand la plaie périnéale fut complètement cicatrisée, les sondages ne furent plus du tout nécessaires pour évacuer la vessie. A la sortie de l'hôpital, deux mois après l'opération, le résidu urinaire après la miction n'était plus que de 40 grammes.

Revu cinq mois après, le malade paraît complètement rétabli ; urines claires, état général excellent, *aucun résidu* après la miction qu'il accomplit devant nous.

Le deuxième cas a trait à un sujet de 55 ans, sans antécédent pathologique, jouissant d'une bonne santé, sans habitudes alcooliques, sans passé vénérien. Ce sujet est très nerveux, impressionnable ; mais aucune affection cérébrale ou médullaire systématisée.

Le début de la maladie remonte à un an environ ; à ce moment, le sujet commençait à ressentir une certaine difficulté pour uriner ; *il n'avait jamais, du reste, uriné avec un jet très vigoureux, même dans sa jeunesse.* La dysurie augmenta considérablement dans ces derniers mois, et même, il y a quelque temps, on fut obligé de le sonder pour un accès de rétention presque complète.

Les urines sont restées assez claires, pas de sang non plus. Depuis l'accès de rétention, le malade a été obligé de se sonder quotidiennement pour vider sa vessie, et actuellement il fait en moyenne trois ou quatre cathétérismes journaliers.

A l'examen, on ne trouve pas de rétrécissement, mais un *spasme très accusé à l'entrée de l'urètre profond*, qui arrête longtemps la son-

(1) Voir à ce sujet le remarquable rapport d'Albarran et Nogués au Congrès international d'Urologie. Paris, 1908.

de ; mais un gros numéro métallique (22) passe très aisément à un certain moment.

La prostate ne paraît pas du tout augmentée de volume, ni douloureuse, ni enflammée.

A *l'examen cystoscopique*, on ne trouve pas de saillie sus-cervicale susceptible d'expliquer la rétention ; rien dans la cavité vésicale non plus. On essaie pendant quelque temps des cathétérismes fréquents avec de gros Béniqués, sans résultat au point de vue amélioration de la rétention. On essaie aussi de l'application prolongée de la sonde à demeure, sans plus de bénéfice. Le malade, bien portant par ailleurs et désirant être débarrassé de la vie cathétérienne, se décide à une intervention.

Cette intervention se fait par le périnée *exactement de même que pour le malade précédent*. Elle permet de constater qu'il n'y a rien du côté de la prostate qui puisse rendre compte des symptômes observés ; pas de saillies anormales du côté de la vessie, volume plutôt petit de la glande, qui par ailleurs est très souple.

La plaie se cicatrise assez vite; à mesure qu'elle se cicatrise, la miction revient facilement par l'urètre.

Au bout de cinq à six semaines, il ne reste plus qu'une petite fistule périnéale, et le malade retourne chez lui, vidant bien sa vessie et ne gardant plus qu'un petit résidu de 30 grammes après la miction. Malheureusement, il ne prend pas de précautions pour le pansement de sa fistulette ; celle-ci s'infecte par le frottement sur le caleçon du malade, et un érysipèle se déclare. Cet érysipèle est long à guérir, il procède par poussées successives et se promène sur une grande partie du corps ; pendant ce temps, la plaie périnéale se rouvre, les urines s'infectent, il faut sonder à nouveau le sujet, laver la vessie, et la guérison est retardée de deux mois.

Tout s'arrangea cependant, et actuellement le malade va aussi bien que possible (6 mois après l'opération). Mais la fistule périnéale donne encore un peu d'urine pendant la miction, et le malade ne vide pas encore sa vessie, de façon parfaite ; un seul sondage par jour est suffisant toutefois, au lieu de quatre comme autrefois.

Dans des cas analogues aux nôtres, on a essayé bien des traitements, en dehors de la sonde, et nous ne pensons pas qu'aucun d'eux ait donné grands succès. On a essayé aussi, alors même que la prostate ne semblait pas en cause, la prostatectomie basse ou haute ; le résultat n'a pas été meilleur et les malades ont dû se sonder après comme avant. L'opération simple et innocente que nous avons pratiquée chez nos deux malades paraît avoir pleinement réussi chez l'un deux, et chez l'autre, amélioré considérablement la rétention; encore, chez ce dernier, faut-il tenir compte de l'érysipèle, qui a été assez grave et tenace, et qui est venu compromettre peut-être le résultat.

Comment peut-elle agir ? Il est bien difficile de répondre de façon précise, dans l'ignorance où nous sommes de la véritable cause, ou des véritables causes, variables suivant les cas, qui peuvent produire ces rétentions sans obstacle mécanique. S'agit-il d'une *sclérose précoce* frappant le muscle vésical lui-même, mais de quelle origine ? Par quel mécanisme s'installe-t-elle ? Autant de points d'interrogation sans réponse. En tout cas, on s'expliquerait difficilement ce mécanisme pour nos cas, car, dans cette hypothèse, la boutonnière périnéale avec dilatation forcée du sphincter et du col vésical n'aurait guère pu amener de bénéfice.

S'agit-il de *spasmes permanents de l'urètre profond et de l'orifice urétro-vésical*, créant d'abord le simple bégaiement urinaire dans la jeunesse, puis la rétention quand l'âge arrive et avec lui l'affaiblissement du muscle vésical expulseur de l'urine ? C'est bien possible : de fait, le cathétérisme montrait chez nos sujets l'existence clinique de ce spasme ; et, en outre, l'opération pratiquée était bien faite pour agir énergiquement sur cet élément spasmodique. Mais la cause de l'installation de ce spasme ? Elle nous échappe encore.

On pourrait enfin dire que les lésions prostatiques légères, minimes (bien loin encore de l'hypertrophie vraie, et qu'on peut supposer tout à fait à leur début) qui peuvent exister chez des sujets de la fin de l'âge mûr, sont parfois capables, dans certaines conditions, avec certains tempéraments, de servir, par l'irritation locale sourde qu'elles entretiennent, de point de départ à un *réflexe inhibitoire* (Albarran) allant peu à peu paralyser la contractilité vésicale. C'est possible encore, mais pourquoi tels sujets plutôt que d'autres ? Dans quelles conditions l'inhibition éclate-t-elle ?

N'importe de toutes ces inconnues; les faits existent, il faut les signaler, les étudier ; la lumière apparaîtra un jour.

## REVUE CLINIQUE

**Appendicite tuberculeuse. — Appendicectomie**, par Francis Guilbert, externe des Hôpitaux (*Soc. Anatomo-Clinique de Lille*).

L'appendicite tuberculeuse n'est bien connue que depuis quelques années.

Rarement soupçonnée, ce qui faisait dire à Dieulafoy qu'elle est extrêmement rare, elle n'en est pas moins fréquente pour cela. Bien souvent, on ne la reconnaît qu'à l'examen microscopique.

Elle a été particulièrement étudiée, dans ces dernières années, dans les thèses de Alglave, en 1902, et de Sainte-Marie Dodeuil, en 1906.

C'est une variété d'appendicite chronique, sans grand fracas, à évolution lente et progressive.

Le cas que nous présentons montre bien ces caractères :

Mme V..., Marie-Thérèse, 26 ans, entre le 13 janvier 1910, dans le service de M. le professeur Duret, pour douleurs abdominales.

A la suite d'un voyage assez fatigant qu'elle effectua au début de septembre 1909, la malade aurait ressenti un point douloureux dans la fosse iliaque droite. Elle se soigna elle-même par le repos et l'application de cataplasmes.

Vers le 15 septembre, les douleurs reprirent avec tant d'intensité que la malade consulta un médecin. Ce dernier diagnostiqua une appendicite et ordonna l'application *loco dolenti* de cataplasmes et de pommade belladonée.

Malgré cela, les douleurs persistaient et s'irradiaient dans le dos et la région lombaire. A ce moment, la malade fut prise de crises d'étouffements d'origine nerveuse. La malade dut prendre dès lors le repos complet.

En décembre, une nouvelle crise appendiculaire se fit sentir et la décida à entrer à l'hôpital.

Nous apprenons que la malade fit à l'âge de 14 ans une pleurésie, à la suite de laquelle, elle resta affaiblie et anémique pendant trois ans.

Aucun antécédent morbide héréditaire.

Nous auscultons la malade, les poumons sont sains. L'état général est apparemment très bon.

La malade accuse de la douleur à la palpation abdominale, surtout du côté droit. Le point de Mac-Burney est particulièrement sensible. On remarque de la résistance de la paroi du côté droit.

A la palpation profonde, on sent une masse indurée dans la fosse iliaque droite.

Matité plus grande, à la percussion, du côté droit que du côté gauche, et surtout au voisinage de l'appendice.

M. le professeur Duret décide l'intervention qu'il pratique le 18 janvier.

Incision de Roux, section de la paroi. Recherche de l'appendice qui, étant tout petit, ratatiné, est difficile à trouver.

Après suture au catgut de son point d'implantation sur le cœcum, on procède à son ablation et à l'enfouissement du moignon sous une double rangée de points à la Lambert. Cette partie de l'opération n'est pas sans difficultés, car les parois du cœcum sont hypertrophiées et sclérosées, ce qui fait que la réunion des deux lèvres est assez délicate.

Déjà ce point mis en lumière (ce fait que le cœcum était sclérosé, malade) aurait permis de soupçonner une appendicite tuberculeuse.

Drainage du point déclive et réfection de la paroi. Cette réfection est laborieuse, le péritoine réagissant constamment au traumatisme opératoire.

On applique de la glace pour prévenir toute réaction péritonéale.

Grâce à cette précaution, les suites opératoires sont remarquablement athermiques.

La glace est supprimée au bout de 10 jours, et de drain enlevé au bout de 12 jours.

Peu de temps après, la malade, bien remise, sort de l'hôpital.

*Examen de la pièce.* — L'appendice enlevé est tout petit, ratatiné, de la grosseur d'un petit pois, d'une longueur de 3 à 4 centimètres. A première vue, il ressemble à un V, de sorte que l'on croyait que sa partie terminale avoisinait sa partie initiale.

Mais en faisant des coupes séries, on s'aperçut qu'il n'en était rien, et que cet appendice était droit, doublé sur sa face interne, par une masse graisseuse volumineuse contenue dans son méso.

Des coupes ont été pratiquées sur cet appendice.

La muqueuse est complètement transformée.

L'épithélium de revêtement a disparu dans presque toute son étendue.

Les glandes en tube ne sont plus visibles que par places, sous forme de conduits coupés en long ou en travers, et encore n'en existe-il que 3 ou 4 par préparation.

En certains points même il y a des pertes de substance ressemblant à des perforations se prolongeant à une très faible distance de la sous-muqueuse.

La couche muqueuse est tout entière le siège d'une infiltration leucocytaire diffuse, dans laquelle les formations folliculaires ont disparu.

Par places, on y voit des amas de cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. Mais il n'existe pas à ce niveau (du moins dans les coupes examinées), de follicules tuberculeux typiques.

Ceux-ci semblent répartis de préférence dans la sous-muqueuse au voisinage même de la couche des fibres musculaires circulaires. On voit à ce niveau des follicules tuberculeux typiques, constitués par des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et des leucocytes. Il en existe jusque dans le méso-appendice.

Il n'y a pas de lésions bien spéciales à signaler du côté des diverses couches musculaires. Ce sont des lésions banales de sclérose et d'hypertrophie.

Ainsi donc, les examens macroscopique et microscopique indiquent bien un type d'appendicite chronique à forme atrophique.

Le microscope met bien en lumière la nature tuberculeuse de l'affection.

Il nous reste encore à signaler que rien ne pouvait faire soupçonner, soit dans l'état général de la malade, soit dans les symptômes, une appendicite tuberculeuse.

De plus, ce fait que le cœcum était également malade, dur, infiltré au voisinage du point d'implantation de l'appendice, n'est pas

sans intérêt dans la cure opératoire de l'affection.

Enfin, ce même fait nous laisse quelques doutes sur la guérison définitive de la malade.

## REVUE DE GYNECOLOGIE

**Le diagnostic précoce de la grossesse**, par M. le Dr A. Spire, ancien chef de Clinique à la Maternité de Nancy (*Rev. Méd. de l'Est*).

Les récents travaux de Fieux, en France (1), de Heynemann, en Allemagne (2), qui nous font entrevoir la possibilité d'un séro-diagnostic de la grossesse, ne sont pas entrés jusqu'à présent dans une période de réalisation clinique. Il peut donc sembler oiseux de revenir, après bien d'autres, sur le problème du diagnostic précoce de la grossesse, puisqu'aucune donnée nouvelle ne vient, jusqu'à présent, éclairer pratiquement cette question. Il nous apparaît néanmoins que d'une façon générale, on est trop volontiers disposé à abandonner ce diagnostic. Sur la foi du vieil adage : *Nunquam magis periclitatur fama medici quam ubi agitur de graviditate determinanda*, bien des médecins s'abstiennent de faire œuvre diagnostique jusqu'au début de la deuxième moitié de la gestation et se font une règle de conduite d'attendre systématiquement l'apparition des signes dits de certitude, c'est-à-dire d'origine fœtale.

Certainement il y a des cas nombreux où le problème du diagnostic de la grossesse au début est entouré de telles difficultés qu'il serait téméraire de le résoudre d'une façon affirmative; mais ces cas sont en somme l'exception et, dans des conditions anatomiques et physiologiques normales, nous pensons qu'il est possible d'affirmer l'existence de la grossesse dès le deuxième mois de son évolution, avec assez d'assurance pour que ce diagnostic constitue sinon une certitude médico-légale, du moins une sorte de certitude clinique.

Deux éléments essentiels déterminent ce diagnostic. Ce sont d'une part, *la suppression menstruelle*, de l'autre *les modifications très caractéristiques dont le corps utérin est le siège*. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille négliger les autres signes classiques qui accompagnent d'habitude le début de la grossesse. Rapprochés les uns des autres, ils forment un faisceau de symptômes dont la valeur, moindre, il est vrai, ne saurait être négligée et sert d'apport sérieux à l'établissement du diagnostic.

La recherche de ces signes doit toujours procéder méthodiquement et suivant une technique rigoureuse. Le premier temps de l'examen, *l'interrogatoire de la femme*, a ici une importance capitale, car c'est lui qui nous renseigne sur l'état de menstruation. La suppression menstruelle est un élément de premier ordre en faveur de la grossesse, quand elle se produit chez une femme bien portante et habituellement bien réglée. Il faut, en effet, en dehors de la gestation, des troubles très intenses dans l'état général de la femme, pour que ceux-ci soient capables d'entraîner l'aménorrhée et ces troubles, résultant d'affections graves, n'échappent guère à un examen attentif.

Réciproquement, si l'arrêt de la fonction menstruelle doit faire penser *a priori* à l'existence de la grossesse, celle-ci peut être écartée chaque fois que l'écoulement cataménial persiste. Les cas cités dans touss les traités classiques, de femmes ayant vu leurs règles persister pendant la grossesse, doivent être considérés comme des erreurs d'interprétation. Pajot enseignait déjà que ces écoulements sanguins, survenant chez les femmes enceintes, n'ont les caractères ni de périodicité, ni de durée, ni de qualité, ni de quantité, de l'écoulement menstruel. « La femme enceinte, dit aujourd'hui M. Pinard, n'est pas réglée. C'est un axiome ; il ne se discute pas. »

Cet élément primordial de diagnostic qu'est la suppression menstruelle perd malheureusement toute sa portée quand on interroge des femmes à type menstruel anormal, qui, à l'état de santé, sont réglées irrégulièrement, les intervalles entre chaque époque pouvant varier entre quelques semaines et plusieurs mois. Sa valeur est nulle pour toute la catégorie des femmes qui allaitent et dont l'aménorrhée n'est qu'une conséquence physiologique de la lactation.

Il faut enfin que le médecin compte également avec les femmes de mauvaise foi qui s'ingénient à le tromper, en affirmant la persistance de leurs règles, espérant provoquer une intervention thérapeutique intempestive. Ainsi que le dit justement M. Bonnaire, « il est de sagesse élémentaire de n'accepter les dires de l'intéressée que sous bénéfice d'inventaire, inventaire que les yeux et les doigts de l'accoucheur auront pour mission de dresser ».

La question de la menstruation bien élucidée, l'interrogatoire doit porter sur *les phénomènes dits sympathiques de la grossesse*, digestifs ou nerveux. *A l'inspection*, les modifications mammaires, les troubles pigmentairès de la peau, la coloration violacée de la vulve sont autant de signes secondaires qui, nettement constatés, constituent les éléments accessoires du diagnostic de la grossesse au début. Ils sont trop bien connus pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur énumération.

Bien moins vulgarisés, quoique bien plus utiles, sont les signes fournis par le toucher et le palper. Seul, l'emploi de ces deux modes d'exploration combinés nous permet d'apprécier d'une façon précise les modifications pathognomoniques dont l'utérus est le siège dès le début de la gestation. Il est essentiel, pour qu'ils donnent les résultats qu'on est en droit d'en attendre, de *procéder avec douceur*. La brusquerie dans l'exploration provoque une défense musculaire capable de « faire écran » entre la main qui explore et le but de l'investigation. Il est de toute nécessité également de s'assurer au préalable de la vacuité de la vessie et du rectum.

Dans ces conditions, le *palper abdominal* à lui seul permet déjà chez une femme à paroi abdominale d'épaisseur normale, de faire délimiter à une main bien exercée l'utérus dès la fin du deuxième mois de la gestation, sous la forme d'une tumeur mollasse remontant à deux travers de doigts au-dessus de la symphise pubienne.

Mais pour peu que la perception de l'utérus par cette voie ne s'impose pas immédiatement, il est inutile de s'attarder à cette recherche, car nous avons dans le toucher vaginal combiné avec palper, une méthode d'examen local d'une précision et d'une valeur de tout premier ordre.

Le doigt introduit dans le vagin va tout d'abord à la recherche du col utérin, gros, hypertrophié, dont il apprécie les caractères et la situation. Nous ne saurions trop insister à ce propos sur *le peu d'importance qu'il faut attacher à cet examen du col* au point de vue du diagnostic précoce de la grossesse. Le ramollissement cervical qui s'effectue de bas en haut n'est jamais suffisamment marqué dans les premiers mois de la gestation pour permettre d'entraîner une conviction et ce n'est pas une exagération de dire que la sensation si souvent décrite et recherchée de « la table recouverte d'une étoffe de velours » n'est d'aucun secours dans le problème qui nous occupe. Attacher à ce symptôme une importance prépondérante, borner l'investigation vaginale à l'exploration du museau de tanche, serait se priver volontairement des principaux éléments du diagnostic de la grossesse au début.

Les doigts explorateurs ont plus et mieux à faire. Ils doivent rechercher *par la voie vagino-abdominale* à apprécier les modifications caractéristiques que la grossesse dès son début fait subir au corps utérin.

Il y a grand avantage pour la bonne technique de cette exploration à introduire d'emblée deux doigts dans le vagin. L'index et le médius de la main droite pénètrent à fond dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et, la pulpe tournée en avant, refoulent devant eux l'utérus, tandis que la main gauche placée sur l'hypogastre déprime progressivement la paroi abdominale, maintenant ainsi le corps utérin entre les deux mains exploratrices. Ainsi saisi, à condition que la femme ne résiste pas trop et que l'abdomen soit dépourvu de surcharge graisseuse, l'organe à explorer, le corps utérin, est senti, suivant l'expression de Velpeau, « comme s'il était à nu sur la table d'autopsie ».

*L'augmentation de volume* de l'organe s'apprécie alors facilement. Il est classique de comparer sa grosseur à celle d'une mandarine à la fin du premier mois, d'une orange à la fin du deuxième, d'une tête de nouveau-né à la fin du troisième. Ses bords s'arrondissent peu à peu et *sa forme* d'aplatie qu'elle était dans le sens antéro-postérieur en dehors de la gestation devient piriforme, puis nettement globuleuse. Il est utile de savoir que, dans certains cas, cet accroissement ne se fait pas d'une façon régulière. Au lieu de prendre un aspect uniformément sphérique, le corps utérir s'accroît parfois d'une façon asymétrique et se développe particulièrement au niveau d'une corne. Suivant l'expression imagée de Bonnaire, « l'utérus a une fluxion » et ce développement local forme une saillie anormale capable d'en imposer pour une tumeur utérine ou juxta-utérine.

Le segment inférieur participe aussi au développement globuleux de l'utérus et, en s'évasant, donne au toucher une sensation décrite parfois sous le nom de signe de Noble : alors qu'à l'état de vacuité les doigts explorateurs ne perçoivent dans les culs-de-sac latéraux aucune partie résistante au-dessus du col ; dès les premiers mois de la gestation, ils buttent latéralement sur la saillie globuleuse que forme l'utérus gravide.

Mais c'est surtout le *changement de consistance du corps utérin* qui fournit au clinicien le signe vraiment pathognomonique de l'état gravidique. Sous l'influence de l'afflux sanguin dont il est le siège et du développement progressif de l'œuf qu'il contient, il donne une sensation de molesse élastique, de dépressibilité pâteuse très particulière qu'aucun autre état pathologique ne reproduit avec cette netteté. Décrite par les auteurs allemands sous le nom de mollesse kystique (cystische weichheit), cette sensation procure aux doigts une impression véritablement symptomatique que Bonnaire compare judicieusement à celle qu'on recueille lorsqu'on presse une figue mûre. Cette sensation, lorsqu'elle a été nettement perçue, ne s'oublie plus et devient pour des doigts suffisamment éduqués le signe révélateur par excellence de la gravidité.

Il est enfin un symptôme précose de la grossesse connu sous le nom de *signe de Hegar*, que le toucher et le palper combinés doivent rechercher et qui résulte de ce fait que la région de l'isthme utérin qui unit la portion vaginale du col au corps de la matrice, subit, dès les premiers mois de la gestation, un ramollissement tel qu'il semble faire défaut aux doigts explorateurs.

C'est par le toucher rectal que Hegar (1) recommande de se rendre compte de la compres-

(1) G. Fieux et P. Mauriac. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1910.

(2) Heynemann. — *Arch. fur Gynekologie*, 1910, vol. XC, fasc. 2, p. 237.

(1) Hegar. — Diagnose der frühester Schwangerschaftperiode. *Deut. med. Wochenschr.*, 1885.

sibilité extrême de cette région, en procédant de la façon suivante : L'index droit est introduit dans le rectum ; l'index gauche refoule le cul-de-sac antérieur du vagin et les deux doigts allant à la rencontre l'un de l'antre, constatent qu'ils ne sont séparés que par une mince épaisseur de tissu. Cette technique n'est pas entrée dans notre pratique courante et c'est par la voie vaginale qu'on a coutume de rechercher ce ramollissement caractéristique de l'isthme. L'index-et le médius sont poussés au fond du cul-de-sac postérieur du vagin, tandis que la main hypogastrique refoule la paroi abdominale au-dessus du pubis. Si les muscles sont assez dociles et la sangle abdominale assez mince, les doigts explorateurs s'approchent de si près qu'ils ne paraissent séparés que par l'épaisseur des parois abdominale et vaginale. L'exagération assez fréquente de l'antéflexion utérine vient parfois gêner cette manœuvre qui doit alors être ainsi modifiée : Les doigts vaginaux sont placés dans le cul-de-sac antérieur au niveau de l'angle de flexion utérine et c'est à leur rencontre que se dirige la main abdominale, contournant le fond de l'utérus.

La mollesse de la région isthmique est parfois si marquée qu'il semble que le corps utérin est indépendant du col, si bien que, dans certains cas de rétro et latéro-flexion, des erreurs de diagnostic ont pu être commises ; le col relativement dur étant pris pour l'utérus en totalité, non augmenté de volume et le corps lui-même, globuleux, mollasse, pour une tumeur annexielle, notamment pour une grossesse tubaire.

La dépressibilité extrême de l'isthme a suggéré à certains auteurs un procédé d'exploration qui consiste à appliquer les doigts vaginaux dans le cul-de-sac antérieur, tandis que la main hypogastrique, comprimant le corps utérin à travers la paroi abdominale, exagère l'angle de flexion qu'il forme normalement avec le col. Cette manœuvre veut faire jouer à la région ramollie de l'isthme le rôle d'une véritable charnière, contraire à sa destination physiologique ; elle nécessite une certaine brusquerie qui en fait un procédé dangereux dont il convient de se défier.

Il est du reste un autre procédé, moins brutal, qui met aussi bien en évidence la souplesse caractéristique de l'articulation cervico-utérine. Il consiste à placer les deux doigts introduits dans le vagin de chaque côté du col et à imprimer à celui-ci des mouvements de latéralité qui rendent très bien compte de l'extrême facilité avec laquelle le corps se mobilise par rapport au globe utérin maintenu par la main abdominale.

Il nous reste enfin, pour en finir, avec les résultats du palper bi-manuel, à signaler un phénomène qui, lorsqu'il se produit au cours de l'exploration, doit être enregistré avec soin et peut avoir, au point de vue du diagnostic, une importance révélatrice. Nous voulons parler du changement soudain de consistance que la *contraction utérine* est susceptible de faire subir au globe utérin. Cette contraction souligne la forme globuleuse de l'utérus qui, de mollasse, devient d'une dureté ligneuse. Ce phénomène, si fréquemment observé après le quatrième mois de la grossesse, est beaucoup plus rarement perçu pendant les premiers mois de la gestation. Il doit être recherché avec soin dans tous les cas douteux, car il possède une valeur pathognomonique de nature à déterminer un diagnostic différentiel oscillant entre la grossesse et les affections juxta ou para-utérines capables de la simuler.

Telles sont les données précises que nous fournissent le toucher et le palper combinés. En coïncidence avec la suppression menstruelle, l'augmentation de volume du corps utérin, sa consistance caractéristique, la constatation du signe de Hégar, la perception d'une contraction utérine, sont des éléments suffisamment précis pour nous permettre d'affirmer avec certitude la grossesse dès le deuxième mois de son évolution.

Cette méthode d'exploration, il est vrai, se heurte dans certains cas à des difficultés de nature à en affaiblir la valeur et devant lesquelles le clinicien avisé gardera toujours une prudente réserve, renonçant, s'il le faut à formuler un diagnostic précoce de la grossesse, en attendant pour se prononcer l'apparition des signes de certitude d'origine fœtale.

Parmi ces difficultés, il faut citer tout d'abord la surcharge graisseuse de la paroi abdominale. Elle rend nos sensations éminemment obtuses et, en nous masquant la situation et le volume de l'utérus, crée un obstacle souvent insurmontable aux doigts explorateurs.

Il est aussi toute une catégorie de femmes dont l'excitabilité nerveuse est telle que leurs muscles abdominaux se contractent sous la main la plus souple, opposant à la saisie de l'utérus une défense considérable rendant tout examen négatif.

L'attitude anormale de l'utérus lui-même peut être une cause de difficulté dans l'exploration. A l'encontre de l'antéversion qui amène l'organe gestateur au-devant de la main, la rétroversion, en nécessitant parfois des manœuvres pénibles de réduction préalable, est capable de gêner singulièrement la prise en main du corps utérin.

It en est de même de l'utérus fixé chirurgicalement à la paroi abdominale par hystéropexie et, dans un cas de ce genre, nous avons pu nous rendre compte de l'impossibilité qu'il y a à saisir l'utérus gravide ainsi fixé.

Certaines conditions pathologiques enfin, la métrite, la subinvolution utérine, la présence de tumeurs utérines ou juxta-utérines, sont une source de difficultés qui rendent très ardu, parfois même insoluble, le problème du diagnostic précoce de la grossesse. Mais ce chapitre important de diagnostic différentiel nous entraînerait hors du cadre de cet article. Nous avons voulu seulement montrer que *dans des conditions normales* un diagnostic précoce peut et doit être fait : qu'*en l'absence de tout état pathologique*, l'emploi d'une technique exploratrice méthodique permet au médecin de ne plus « s'endormir sur le double oreiller » de l'abstention et de la temporisation.

## REVUE D'HYDROLOGIE

**Etude bactériologique sur les eaux sulfurées**, par M. le Dr FAIVRE (*Journal scient. et méd. de Poitiers*).

*Historique.* — La recherche des micro-organismes dans les sources luchonnaises a fait le sujet d'une communication de MM. Garrigou et Certès au Congrès d'hydrologie et climatologie (1886). Une thèse a été soutenue sous la présidence du même maître, par M. Dieulafé, pharmacien de 1re classe, devant la Faculté de médecine de Toulouse.

Ces différents auteurs ont abouti en somme aux conclusions de M. Miquel : « Les eaux minérales sont, en *général*, exemptes de micro-organismes pathogènes ; mais leur flore n'en est pas moins appréciable. On trouve dans des sources très pures diverses bactéries ; on y trouve plus souvent des saprophytes ordinaires des eaux, tels que *Coccus aquatilis, Micrococcus caudicans, roseus, lutea, flavis, Saccharomyces glulinis*. Dans les eaux très chaudes puisées au griffon, ce sont des infiniment petits pris dans le sol où ils servent à la décomposition des nitrates quand ils ne sont pas mélangés à la barégine. »

*Sources analysées. — Technique des prises.* — Nous avons soumis à l'examen bactériologique les eaux des deux sources-types, l'une, polysulfurée, fixe, inaltérable, l'autre, désulfurée, dégénérée, hyposulfitée. Pour chacune de ces sources, nous avons assuré trois prélèvements faits, l'un, au griffon de captage, à l'origine même de la sortie de l'eau à la roche en place, l'autre recueilli à l'orifice d'entrée de la baignoire, le troisième au robinet des buvettes.

Inutile de mentionner que toutes les précautions usitées en pareille matière ont été prises : stérilisation des tubes envoyés par nos soins au laboratoire avec des pipettes *ad hoc*, flambage des robinets et des orifices. A la vérité, il est presque impossible d'éviter les infractions en ce qui concerne les eaux minérales, et il faut tenir compte de ces difficultés reconnues par tous les bactériologistes.

Les prélèvements de six échantillons ont été effectués le 4 septembre, de onze heures à midi ; les tubes ont été remis à la poste une heure après dans une boite non glacée, puisqu'il s'agissait d'eaux chaudes. Le lendemain matin, elles étaient ensemencées au laboratoire, soit vingt-deux heures après la prise. Notons que la température moyenne des sources était de 55° à 48° et que le thermomètre marquait 19°.

### EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

*Milieux de culture.* — Les ensemencements ont été faits, pour chaque échantillon au captage, dans la baignoire et dans la buvette :

Sur sérum coagulé ; sur bouillon simple ; sur bouillon phéniqué ; sur plaques de gélatine.

*Séjour à l'étuve.* — Nul pour le bouillon simple, considéré comme contre-épreuve du sérum, vingt-quatre heures à 31°-32° pour les ensemencements sur sérum ;

Vingt-quatre heures à 44° pour les ensemencements sur bouillon phéniqué ;

Huit jours dans l'étuve à eau pour les plaques de Piétri à 17°, ensemencées avec quatre centimètres cubes de bouillon et quantité égale d'eau.

Une contre-épreuve a aussi été faite par piqûres sur gélatine et sans étuve.

En somme, les résultats ont été les suivants :

1° *Les tube du captage*, ensemencés le 5 septembre sur sérum coagulé et laissés quarante-huit heures à l'étuve sont restés stériles : au contraire, les tubes ensemencés avec l'eau des buvettes et des baignoires des mêmes sources ont présenté, les uns, un léger nuage, les autres un enduit crémeux, qui portés sous le microscope à un faible grossissement nous ont révélé, d'une part, la présence de quelques cristaux et d'un mycelium fenêtré du penicillum glaucum ; d'autre part, des cocci en grappe et des chaînettes streptococciques pseudo-eberthiennes contenues dans les eaux de baignoire ;

2° *Les tubes de bouillon ordinaire* qui ont reçu de l'eau de baignoire et seulement cette eau, sont troublés après quarante-huit heures ; le résultat microscopique est le même que dans le cas précédent.

3° *Les tubes de bouillon phéniqué* ne cultivent pas avec l'eau prise au captage après vingt-quatre heures d'étuve à 44°.

4° *Les plaques de Piétri* ensemencées avec l'eau de baignoire sont complètement liquéfiées dix jours après, tandis qu'au bout d'un mois on ne relève qu'une seule colonie de mucédinées sur les plaques qui ont reçu de l'eau de captage ou de l'eau de buvette.

Nous n'avons pas à nous étendre davantage sur les questions de numération ou de qualité de germes (quantité par centimètre cube et recherche spéciale des espèces pathogènes ou suspectes) ; ce supplément d'informations nous entraînerait trop loin et n'aurait une réelle utilité que s'il avait trait à des eaux de stations spécialisées pour la boisson, ce qui n'est pas le cas.

*Action bactéricide «in vitro».* — De même, *in vitro*, nous aurions pu multiplier les expériences

avec des cultures de staphylo, de pneumo et de gonocoques; mais comme les actions curatives des eaux sulfureuses nous paraissent bien plus s'exercer sur le terrain que sur les infections microbiennes, nous nous sommes contentés d'en faire agir sept à huit gouttes sur une chaînette de streptocoques. Nous devons à la vérité de dire que l'immobilisation fut rapidement constatée sous le champ de l'objectif microscopique, sans tirer de ce fait la moindre conclusion au point de vue pratique bien entendu.

EXPÉRIMENTATION PHYSIOLOGIQUE.

*Inoculations animales.* — Trois cobayes de la même race, du même poids et du même âge, facilement reconnaissables à leurs couleurs différentes, blanche, blanche, noire, noire et blanche, ont reçu le 23 septembre, en injection sous la peau du ventre.

Le n° 1, 3 centimètres cubes d'eau de captage pure;

Le n° 2, même quantité d'eau de baignoire reconnue polluée de microbes;

Le n° 3, même quantité d'eau de buvette.

*Résultats contrôlés.* — Pendant vingt-quatre heures, le cobaye n° 2 n'a pas mangé et est resté un peu affaissé dans sa cage. Le 26 septembre, l'état général est redevenu normal; mais le point d'injection s'ulcère avec une certaine induration au pourtour.

Le 30 septembre, il ne reste plus qu'une sorte de pastille sèche bourgeonnante; mais la chute des poils est complète dans une étendue d'un centimètre carré.

Pendant toute la semaine, le cobaye n° 3 n'a présenté qu'un léger mouvement fébrile; quant au n° 1, il est resté indemne de tout accident local et général.

ETUDE BACTÉRIOLOGIQUE DE LA SULFURINE

L'analyse chimique de ces filaments et leur examen microscopique simple ont souvent été faits. C'est une matière organique onctueuse en suspension dans l'eau de la plupart des sources de la région pyrénéenne; on y a trouvé des sels de fer, du soufre naturellement et des végétaux microscopiques (beggiatoæ, etc.). Nul doute que l'effet sédatif nervoso-sanguin ne soit à leur actif.

Il était intéressant de soumettre ces filaments au contrôle bactériologique. Leur isolement est difficile; ils ne nous ont rien révélé de vivant. Examinés dans une goutte d'eau à fort grossissement, ils nous ont donné des figures variables: tantôt enroulés ou enrubanés, tantôt éclatés, ils sont composés d'une partie mycélienne et d'une partie sporulaire.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Noix vomique (Poudre. — Extrait)**, par le Dr André LOMBARD (*Conc. Médical*).

Quand on recherche un effet tonique, stimulant, eupeptique, on s'adresse de préférence à la *poudre de noix vomique*, que l'on donne seule ou associée à d'autres poudres. M. Comby prescrit, dans la dilatation de l'estomac, l'atonie gastrique à un enfant de 3 à 5 ans, les paquets suivants:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique...... | 1 centigr. |
| Bicarbonate de soude......... | 0 gr. 20 |
| Magnésie calcinée............ | 0 — 20 |
| Pepsine...................... | 0 — 10 |

en 1 paquet n° 20. En prendre un matin et soir au commencement du repas, dans une cuillerée de potage ou de confiture.

Après dix jours d'interruption, on recommence la médication. Le bicarbonate de soude facilite la tolérance de la noix vomique et influence favorablement la digestion. Si l'enfant a plutôt une tendance à la diarrhée, on prescrit les paquets suivants:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique...... | 1 centigr. |
| Bicarbonate de soude......... | 0 gr. 20 |
| Salicylate de bismuth........ | 0 — 20 |

en 1 paquet n° 20.

Chez l'adulte on combattra l'atonie gastrique avec les cachets ainsi formulés:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique ..... | 5 centigr. |
| Bicarbonate de soude......... | 0 gr. 20 |
| Phosphate de soude........... | 0 — 30 |

en 1 cachet n° 20; en prendre un, une demi-heure avant les deux principaux repas, avec un demi-verre d'eau, ou bien avec ceux-ci:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique....... | 0 gr. 05 |
| Poudre de rhubarbe........... | 0 — 10 |
| Poudre de quassia............ | 0 — 15 |
| Poudre de colombo ........... | 0 — 20 |

M. Huchard conseille, dans la dyspepsie, de combattre la constipation avec les cachets suivants:

| | |
|---|---|
| Salicylate de magnésie....... | 0 gr. 25 |
| Benzoate de soude ........... | 0 — 25 |
| Poudre de rhubarbe........... | 0 — 50 |
| Poudre de noix vomique....... | 5 centigr. |

en 1 cachet, dont il fait prendre deux ou trois par semaine.

S'il s'agit plutôt d'asthénie générale, on s'adressera aux cachets ci-dessous:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique...... | 5 centigr. |
| Brombydrate de quinine...... | 0 gr. 10 |
| Glycérophosphate de chaux.... | 0 — 25 |

en 1 cachet n° 20, 2 par jour, ou à ceux-ci:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique....... | 1 centigr. |
| Glycérophosphate de chaux.... | 0 gr. 25 |
| Phosphate de soude........... | 0 — 25 |

en 1 cachet n° 20.

On peut associer l'action de la noix vomique à celle de l'arsenic, en prescrivant, dans la neurasthénie, l'anémie. des pilules avec:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique.. | 1 à 3 centigr. |
| Acide arsénieux.......... | 1 milligr. |
| Excipient................ | q. s. |

pour 1 pilule n° 30: en prendre trois par jour, aux repas;

ou des cachets avec:

| | |
|---|---|
| Poudre de noix vomique...... | 0 gr. 02 |
| Monométhylarsinate disodique. | 0 — 025 |
| Magnésie hydratée........... | 0 — 15 |

en 1 cachet n° 12; en prendre deux par jour, au milieu des repas.

On l'associe aussi au fer pour combattre l'anémie; voici les pilules que conseille M. Huchard, particulièrement dans le cas où l'anémie est cause de la prolongation inusitée d'une goutte rebelle, atonique.

| | |
|---|---|
| Extrait de quinquina......... | 5 centigr. |
| Extrait de gentiane.......... | 5 — |
| Extrait de rhubarbe.......... | 5 — |
| Tartrate ferrico-potassique.... | 5 — |
| Poudre de noix vomique....... | 5 milligr. |

en 1 pilule n° 100; en prendre deux au commencement du repas, deux ou trois fois par jour.

*L'extrait de noix vomique* est peut-être moins employé que la poudre: celui du Codex de 1908 est titré à 16 0/0 d'alcaloïdes et sert à préparer la teinture. On le prescrit en pilules.

Grisolle l'employait dans l'incontinence nocturne d'urine et faisait prendre à un enfant de 8 ans, trois pilules par jour de:

| | |
|---|---|
| Extrait de noix vomique..... | 1 centigr. |
| Oxyde noir de fer........... | 0 gr. 15 |
| Poudre de quassia........... | 0 — 15 |
| Sirop d'absinthe............ | q. s. |

pour une pilule n° 30. Ces doses se rapportent au Codex de 1884.

On l'associe à la rhubarbe, non seulement pour lutter contre l'anorexie, mais aussi contre l'atonie gastro-intestinale, la constipation:

| | |
|---|---|
| Extrait de noix vomique..... | 1 centigr. |
| Poudre de rhubarbe......... | 0.15 à 0.25 |

en 1 pilule; en prendre une ou deux par jour, aux repas. Dans le même but, on peut l'associer encore à la même dose d'aloès.

Dans la chlorose avec gastralgie, M. Huchard recommande l'emploi des pilules suivantes:

| | |
|---|---|
| Extrait de noix vomique..... | 0 gr. 0025 |
| Extrait thébaïque........... | 0 — 0025 |
| Extrait de gentiane.......... | 0 — 08 |
| Tartrate ferrico-potassique... | 0 — 10 |

pour 1 pilule n° 100, en prendre deux à chaque repas.

L'action de la noix vomique est parfois utilisée dans les cardiopathies, concurremment avec celle de la spartéine, et on fera prendre dans les 24 heures trois pilules avec:

| | |
|---|---|
| Extrait de noix vomique..... | 1 centigr. |
| Ergotine.................... | 0 gr. 10 |
| Sulfate de spartéine........ | 0 — 30 |

en 1 pilule, n° 30.

Son action sur le système circulatoire est encore mise à profit contre les varices, et M. Robin conseille de faire tous les soirs une onction de la région malade avec la préparation suivante, qui associe les avantages de la noix vomique à ceux de l'ergotine:

| | |
|---|---|
| Extrait de noix vomique... | 1 gramme |
| Ergotine Bonjean.......... | 3 grammes |
| Iodure de potassium....... | 4 — |
| Axonge benzoïnée.......... | 30 — |
| M. S. A. | |

Le même auteur conseille aussi, outre le traitement général, pour favoriser l'amaigrissement local, de faire chaque soir, sur les régions que l'on veut faire maigrir, une friction avec la pommade suivante:

| | |
|---|---|
| Vaseline .................. | 30 grammes |
| Extrait de noix vomique... | 0 gr. 50 |
| Extr. hydro-alcool. de fucus vesiculosus............ | 2 grammes |
| Iodure de potassium....... | 3 — |
| Iode métal................ | 0 gr. 30 |
| Essence de verveine....... | III gouttes |
| M. S. A. | |

Essuyer, recouvrir de gutta-percha et d'ouate.

**Le traitement des varices**, par le Professeur Albert ROBIN (*Journ. des Prat.*).

Si le traitement chirurgical représente le traitement curatif des varices, de celles qui sont isolées et saillantes, le traitement médical procure des améliorations fréquentes et à moins de frais.

Ce traitement sera hygiénique, médicamenteux, balnéaire, mécanique et visera les complications. Une saison hydrominérale sera souvent utile.

1° *Traitement hygiénique.* — Pas de station immobile debout. Le malade doit rester étendu ou marcher, de manière à solliciter, quand il est debout la circulation veineuse en vertu des contractions musculaires. S'il s'agit d'une femme, elle ne portera pas de jarretières qui compriment le mollet, mais des jarretelles. Pas de corset. Une propreté méticuleuse des jambes variqueuses est de rigueur. On lavera matin et soir à l'eau bouillie et on saupoudrera avec:

| | |
|---|---|
| Poudre d'amidon........... | 60 grammes |
| Oxyde de zinc............. | 10 — |
| Camphre pulvérisé......... | 2 — |
| Essence verveine........... | 4 gouttes |
| Usage externe. | |

La constipation sera évitée, parce qu'elle entraîne de la congestion pelvienne. Tous les deux jours, on fera prendre après le dîner une infusion de six à huit follicules de séné (lavés à l'alcool pour éviter les coliques). Le jour intercalaire, lavement glycériné ou suppositoire glycériné. Le malade, dans son alimentation, s'abstiendra d'alcool et d'épices. Peu de viande en général, mais beaucoup de légumes. Vin mêlé d'eau comme boisson.

2° *Traitement médicamenteux.* — Avant le repas de midi prendre dans une cuillerée d'eau, 8 gouttes du mélange:

| | |
|---|---|
| Teinture hamamelis virginica. | 5 grammes |
| Teinture viburnum ......... | 5 — |
| Teinture prunifolium ....... | 5 — |
| Teinture de chardon bénit... | 5 — |

On continue six mois, un an, deux ans de suite.

Le remède à faibles doses agit légèrement à la longue.

On peut ordonner encore de la *teinture de marrons d'Inde* : 8 gouttes à continuer des mois. Si les parois veineuses sont sclérosées, une petite dose d'*iodure de potassium* (0 gr. 10) associé à du bicarbonate de soude (0 gr. 10 à 0 gr. 20) sera prise une fois par jour au moment du déjeuner.

Localement, on pratiquera des injections souscutanées d'*ergot Yvon* : 3 à 4 gouttes pour produire si possible des contractions veineuses. On pourra encore utiliser en onctions la pommade :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium........ | 4 grammes |
| Ergotine Bonjean .......... | 3 — |
| Teinture de noix vomique .. | 1 — |
| Axonge.................... | 30 — |

3° *Traitement balnéaire.* — Des bains avec les *sels de Bagnols* stimuleront les contractures veineuses. Ces bains seront de un quart d'heure à une demi-heure, à 35°. Le malade se couche une demi-heure. On fera ensuite un massage superficiel : la main enduite de vaseline boriquée sera portée de bas en haut en arrière et de bant en bas en avant, sans qu'elle cherche à réduire et à écraser des nodosités sous la main (10 minutes de temps).

Au lieu de sel de Bagnols naturel dans les bains M. A. Robin recommande encore le *sel de Bagnols artificiel* (1).

4° *Traitement mécanique.* — Pour la marche on prescrira un *bas élastique lacé* renforcé, si nécessaire, d'un cuissard, ou bien une *bande de crépon Velpeau* qui partira du pied jusqu'au genou ou au-dessus, et sera gardé du matin au soir.

Le soir, la jambe sera lavée avec une solution de silicate de soude à 1 0/0 ; on laisse sécher et l'on poudre avec :

| | |
|---|---|
| Talc .................. | 90 grammes |
| Acide borique............. | 10 — |
| Usage externe. | |

5° *Complications.* — La *rupture* profonde sera traitée par le repos et la compression. Les *ruptures extérieures* seront pansées avec une *solution d'antipyrine* (4/10) ou des tampons imbibés d'eau gélatinée :

| | |
|---|---|
| Gélatine.................. | 40 grammes |
| Eau bouillie............. | 1 litre |

Les *douleurs* tiennent à différentes causes. Liées à un défaut de circulation, un *massage par effleurage* les réduit. Produites par une sciatique variqueuse, on emploiera les injections profondes de glycérophosphate de soude à 0 gr. 25.

La *phlébite variqueuse* nécessite le repos dans une gouttière et les enveloppements humides avec de l'eau de Goulard. En cas de fièvre, injection de ferments métalliques à 10 cc. On peut encore faire des badigeonnages avec du baume de Commandeur iodé :

| | |
|---|---|
| Baume du Commandeur... | 100 grammes |
| Teinture d'iode.......... | 10 — |

L'*eczéma* et les *dermites* seront lavés avec une solution de silicate de soude 1 0/0 et badigeonnés avec du baume de Commandeur.

Contre *les ulcères*, pansement journalier avec de la *liqueur de Labarraque* étendue de son volume d'eau, puis pure. Les bords de l'ulcère seront recouverts de handelettes de diachylon imbriquées et renouvelées tous les huit jours. Des greffes de Thiersch pourront être utiles. On les recouvrira de bandelettes.

6° *Traitement hydro-minéral.* — Les stations de *Bagnols-de-l'Orne* en premier lieu ; au-dessous *Bagnères-de-Bigorre, Ussat, Luxeuil.*

## REVUE DE CHIRURGIE

**La chirurgie du cancer du sein,** par le professeur Reclus Hôtel-Dieu).

Il y a une dizaine d'années, sont entrées en France les méthodes d'extirpation pour cancer du sein dues aux chirurgiens américains. La plupart de mes collègues, à ce moment, ont adopté lesdites méthodes, et, pour ma part, j'ai consacré ma première leçon clinique de l'hôpital de la Charité à la technique des opérations américaines. Maintenant que dix ans se sont écoulés depuis l'introduction de ces procédés alors nouveaux, il devient nécessaire d'envisager où en est aujourd'hui la question.

Je serai assez bref sur le manuel opératoire, que vous connaissez pour l'avoir vu souvent mettre en œuvre ici même. La technique repose sur un vieux principe de chirurgie qui veut que toute opération soit adéquate au mal contre lequel elle est dirigée, c'est-à-dire enlève la totalité de ce mal. Il s'agissait précisément de savoir quelles étaient les limites de la lésion. Jadis, on constatait un noyau cancéreux dans le sein, on enlevait ce noyau. Vinrent les travaux des anatomo-pathologistes. Ils montrèrent ceci : quand il existe dans le sein un noyau cancéreux, il y a des chances pour que la glande soit envahie. D'où cette déduction : il ne faut pas enlever seulement le noyau néoplasique, mais la glande tout entière. Puis, l'anatomie des organes s'empara de la question et montra que le sein est plus étendu qu'on ne le croit, qu'il présente des prolongements, des languettes, parfois des lobes aberrants. Cela conduisit à une extirpation large partant du bord supérieur de la deuxième côte pour arriver au bord inférieur de la sixième et s'étendant transversalement de la ligne axillaire au bord externe du sternum.

Voilà donc une première indication très précise, la nécessité d'enlever la glande tout entière et de ne pas oublier que cette glande a des limites plus étendues qu'on ne pourrait le croire.

Bientôt, les anatomo-pathologistes allèrent plus loin et se demandèrent si, aux lésions néoplasiques de la glande, ne pouvaient pas se joindre des altérations de voisinage. Ils démontrèrent que la dégénérescence était susceptible de s'étendre au fascia pectoralis, fréquemment au grand pectoral lui-même : celui-ci se trouverait envahi par des traînées épithéliales dans près d'un tiers des cas. De là une nouvelle indication opératoire : enlever le fascia pectoralis et le grand pectoral.

Est-on en mesure d'affirmer qu'après l'ablation du grand pectoral, le mal entier est certainement extirpé ? Non. Nous n'avons pas parlé encore de la peau et des ganglions. La peau est fréquemment atteinte : les plissements, la « peau d'orange », comme on dit, montrent nettement la participation des téguments, de telle sorte que vous avez une autre indication. Il ne suffit pas d'enlever la peau prise au niveau de la tumeur. On ne doit pas oublier que l'altération des téguments s'étend beaucoup plus loin que les limites de la « peau d'orange ». La peau est le tissu pris le plus largement, et vous savez que les récidives du cancer du sein se font très fréquemment dans la peau. Aussi, convient-il d'en pratiquer une exérèse très large. Je crois avoir été un des premiers à donner la formule suivante : enlevez de la peau tout ce que vous pourrez en laissant juste l'indispensable pour la réunion immédiate. Cette formule est, aujourd'hui, trop restrictive. Il n'y a plus lieu de se préoccuper de la réunion immédiate. Il faut enlever la peau largement. Et même, dans les cas où vous avez fait une extirpation large, n'oubliez pas que c'est presque toujours par une apparition du cancer à la peau que se produit la récidive. Je rappelle volontiers l'histoire d'une dame chez laquelle j'ai enlevé, il y a douze ans, un cancer du sein ; la récidive vient seulement de se faire et dans la peau. N'oubliez pas ce point particulier des récidives.

J'arrive au système lymphatique, qui joue avec la peau un rôle très important dans le cancer du sein. Nous savions, mais les auteurs américains ont insisté sur ce fait que les lymphatiques sont les grands propagateurs des éléments du cancer. Il y a intérêt à faire disparaître les trajets lymphatiques entre la mamelle et les ganglions. On sait maintenant que si le cancer s'inocule difficilement d'une personne à l'autre, l'auto-inoculation est beaucoup plus aisée. Quand vous enlevez un cancer, ayez soin de ne pas l'ouvrir, car vous pourriez le greffer sur des tissus normaux ; maintenez-vous toujours en tissu sain. Si vous croyez avoir touché le cancer, oblitérez-le, et changez de bistouri. Vous devez toujours, au lieu d'énucléer les ganglions, dépasser les limites du mal et avoir le bistouri en dehors de ces limites.

Les anatomistes sont intervenus et, avec eux, on a eu la prétention de parvenir à extirper le cancer tout entier. Il est, disent les anatomistes, une série de lymphatiques ayant une grande importance. Grossmann a démontré l'existence de ganglions perforants, traversant le grand pectoral, pour se jeter dans les ganglions sus-claviculaires. Poirier et Rieffel ont décrit à la face postérieure du sein des lymphatiques perforants traversant les muscles intercostaux. Enfin, vous savez que les lymphatiques de la peau, au niveau des seins, se croisent avec ceux du côté opposé. Si vous vouliez être mathématiciens, vous devriez enlever tous ces lymphatiques. A la vérité, restons biologistes. Sachons qu'il existe des facteurs inconnus, et raisonnons sur les choses probables. Je ne vous ai pas parlé encore du petit pectoral. Il y a quelque chose à dire à son sujet. Il est rarement pris, mais son extirpation met mieux à jour la région susclaviculaire.

Je viens de vous montrer ce qu'étaient les opérations du cancer du sein, il y a dix ans. Il fallait faire des extirpations très larges, enlever le grand pectoral, le petit pectoral, le fascia pectoralis, évider l'aisselle, etc. Un grand nombre d'entre nous pratiquèrent ces opérations. Ils constatèrent qu'elles offraient une gravité assez grande. La mortalité des ablations ordinaires du sein est pour ainsi dire nulle. Eh bien les opérations selon les méthodes américaines ont eu des cas de mort opératoire. Elles peuvent entraîner des accidents, des suites ennuyeuses. Nous avons remarqué que nos opérées avaient parfois un œdème énorme du bras. Nons avons perdu de vue ces malades pour la plupart ainsi qu'il arrive souvent pour la clientèle hospitalière, et ne savons pas si les œdèmes ont persisté. Dans un cas pris dans ma clientèle de ville, l'œdème dure depuis cinq ans. Il avait pris un tel développement vers la troisième année qu'un chirurgien de Saint-Pétersbourg pensa à une récidive et à une compression de l'aisselle par le néoplasme nouveau. Voilà une malade qui a franchi l'étape de 5 ans — étape considérée comme fatidique pour le cancer du sein — sans récidive, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle a eu les inconvénients de l'œdème. Il y a aussi de l'impotence du membre.

Lorsque nous eûmes établi ce bilan (œdème et impotence), nous avons voulu faire un examen critique de ces méthodes. Les uns et les autres, en France, nous sommes arrivés au même résultat. Pour la peau, nous sommes intransigeants. Il faut en enlever le plus possible sans se préoccuper de la réunion. Pour les lympha-

(1) Monosulfure de sodium ........... 0 gr. 10

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium ............... | 15 grammes |
| Phosphate de chaux................ | 4 — |
| Sulfate de chaux.................. | 0 gr. 50 |
| Arséniate de soude................ | 0 — 10 |
| Chlorure de fer et de manganèse... | 0 — 10 |
| Carbonate de chaux ............... | 1 gr. 50 |
| — de magnésie ............ | 2 — 50 |
| Silicate de lithine............... | 0 — 60 |
| — de potasse............. | 3 grammes |
| — d'alumine .............. | 3 — |
| Gélatine ......................... | 2 — |

M. pour un bain de 200 litres.

tiques, soyons également intransigeants, mais lorsque nous ne pouvons les enlever qu'avec des délabrements, nous ne le faisons pas.

Pour les muscles, l'exérèse complète du grand pectoral est-elle utile ? Non. Autant il est nécessaire d'enlever la portion du grand pectoral sur laquelle repose la mamelle, autant il est inutile d'enlever celle, par exemple, qui s'insère sur la clavicule. Si vous vous contentez de l'ablation partielle du muscle, vous aurez le même résultat. Pour le petit pectoral, encore bien plus. Par la méthode simple qui consiste à fendre ce muscle, on obtient un écartement des fibres qui met à découvert la région sous-jacente.

Voilà la pratique que nous employons à l'heure qu'il est. Après avoir pris le sein malade à pleine main, nous faisons une grande incision qui descend au-dessous de la sixième côte et nous arrivons aux muscles. Nous coupons l'aponévrose et nous insinuons le doigt au-dessous du grand pectoral pour couper ce muscle sur notre doigt. Nous nous trouvons alors en présence du petit pectoral que nous coupons à son tour. Et alors, suivant le bord inférieur de la veine axillaire, nous pouvons disséquer les vaisseaux et les nerfs, et enlevons d'un bloc la masse graisseuse qui contient les ganglions. Nous avons à combler une vaste perte de substance. On arrive, dans certains cas, par des tractions, à faire la réunion. Si on ne peut pas y parvenir, on mobilise les parties voisines, le sein opposé, ou bien on fait des greffes.

Nous nous sommes mis tous d'accord, tacitement et sans nous concerter, à Paris, pour apporter ces modifications aux opérations américaines. Nous n'avons plus ni œdème, ni impotence du membre supérieur. Voilà où en est actuellement la question.

Les opérations américaines étaient-elles meilleures avant ces modifications ? Un fait vous étonnera peut-être. Pour une opération aussi fréquemment pratiquée, nous ne possédons pas de statistique importante. Les statistiques américaines donnent bien 70 0/0 de guérisons, mais elles sont critiquables. Je vous affirme qu'il y a là erreur et j'en conais l'origine. N'oubliez pas qu'il existe, au sein, une affection dite maladie kystique de la mamelle qui, au début, a été qualifiée d'épithéloma. Vous savez qu'il est démontré que ce n'est pas un épithélioma, mais une mastite chronique. Ces maladies kystiques sont des plus fréquentes et elles sont souvent prises pour des cancers. On trouve autour d'elles des dégénérescences épithéliales et c'est de très bonne foi que les auteurs américains peuvent les faire rentrer dans le groupe des cancers. En matière de cancer, d'ailleurs, il y a des choses étranges. J'ai fait il y a quelque temps une opération de simple ablation du sein pour un cancer, croyant à un adénome. Je n'ai pas constaté encore de récidive. On ne connaît pas très bien le cancer. Il faudrait un très grand nombre d'observations pour arriver à une opinion ferme sur la valeur de ces opérations. Il n'en est pas moins vrai qu'elles sont rationnellement supérieures aux autres. Je suis certain que les récidives sont, avec elles, moins fréquentes. M'appuyant sur un certain nombre de cas de ma clientèle privée, je trouve 38 0/0 des opérées, plus du tiers, qui échappent à la récidive.

En résumé, je voudrais vous faire remarquer qu'à l'heure présente en matière de chirurgie du cancer du sein, on a fait un peu machine en arrière sur ce qu'on pratiquait il y a dix ans. En prenant aux méthodes américaines ce qu'elles ont de bon et en évitant leurs exagérations, on est parvenu à la technique actuelle. D'ailleurs, vous ne devez pas oublier qu'il ne faut pas toujours aborder le cancer du sein avec le bistouri. Il est encore des cas inopérables, lorsque l'opération entraînerait de trop larges dégâts.

## CARNET DU PRATICIEN

### Bronchite simple chez l'enfant

Toute bronchite simple peut être le point de départ d'une broncho-pneumonie ; cette complication est d'autant plus à craindre que l'enfant est plus jeune, qu'il s'agit par exemple d'un nourrisson, que cet enfant est plus débile, qu'il est soumis à l'allaitement artificiel, qu'il est hérédo-syphilitique, rachitique, ou atteint de troubles digestifs anciens à marche chronique.

Si l'enfant tousse et s'il a de la fièvre, il faut le garder à la chambre, lui mettre des bottes d'onate et vaporiser dans la pièce de l'eau additionnée d'un peu d'essence d'eucalyptus, de térébenthine, de teinture de benjoin, de goménol ou même simplement d'eau de Cologne. La température de la chambre sera maintenue à 18°.

Au début, il convient de faire une médication émolliente. Chez les *nourrissons*, on prescrira :

Sirop de capillaire.......... 20 grammes
Sirop de fleur d'oranger...... 40 —

Mêlez.

Toutes les 2 heures 1 à 2 cuillerées à café dans une infusion de mauve ou de quatre-fleurs.

On pourra donner avec autant d'avantage la potion :

Bicarbonate de soude.... 1 gramme
Benzoate de soude....... 1 —
Sirop de fleurs d'oranger. 15 à 40 —
Eau de tilleul.......... 15 à 40 —

1 à 2 cuillerées à café toutes les 2 heures.

Si l'enfant est au régime mixte, reprendre l'allaitement.

Une révulsion légère sera faite au moyen de petits cataplasmes sinapisés, laissés peu de temps en place et dont il faudra surveiller l'action sur la peau délicate des nourrissons. En cas de bronchite étendue, *bains chauds* donnés avec précaution.

A la période d'état, recourir à la médication antispasmodique et expectorante.

Chez les *nourrissons* :

Looch blanc du Codex... 60 à 80 grammes
Alcoolature de racines d'aconit. Codex 1884... I à II gouttes

Mêlez.

On encore à la formule suivante :

Sirop de Desessarts.... 1 gramme
Sirop d'orgeat, q. s. pour suivant l'âge du petit malade. 20 à 80 —

Mêlez.

Ces deux préparations seront données par cuillerées à café dans les 24 heures.

Dans la 2e *et* 3e *enfance* :

Sirop de polygala........... 5 grammes
Sirop pectoral.............. 3 —
Sirop de belladone.......... 2 —
Eau de laurier-cerise....... 1 —
Eau de tilleul.............. 60 —

En 24 heures.

On peut encore prescrire :

Sirop de lactucarium opiacé......... 3 à 4 grammes
Oxyde blanc d'antimoine. 0 gr. 10
Eau chloroformée....... 10 grammes
Julep gommeux........ 60 —

En 24 heures.

Mêmes procédés révulsifs que ci-dessus.

A la période de déclin, on donnera :

Chez le *nourrisson* :

Looch blanc du Codex....... 60 grammes
Poudre de benjoin. 0 gr. 01 ou 0 gr. 02

En 24 heures.

Dans la 2e *et* 3e *enfance* :

Sirop de goudron........... 3 grammes
Sirop de térébenthine....... 3 —
Eau de tilleul............. 60 —

En 24 heures.

On bien encore :

Sirop de baume de tolu....... 3 grammes
Sirop d'eucalyptus.......... 3 —
Sirop de capillaire.......... Q. s.
Sirop de violette............ Q. s.

Pour une préparation de 40 à 60 grammes.

Si la bronchite se généralise, si la congestion pulmonaire se déclare, il faudra donner des bains chauds à 38° pendant cinq ou dix minutes.

Parfois l'enveloppement du thorax avec des compresses froides recouvertes de taffetas gommé donne des résultats excellents. Cette médication est difficilement acceptée. La potion est dans ce cas bien efficace :

Chlorhydrate d'ammoniaque.............. 0 gr. 60 à 1 gr.
Julep gommeux......... 80 grammes

Dissolvez. Par cuillerées à café dans les 24 heures.

En cas de bronchite à répétition, se méfier des végétations adénoïdes. S'il y a tendance à la chronicité, user des eaux sulfureuses : cure à Eaux-Bonnes, au Mont Dore, à Enghien.

Traitement général chez les lymphatiques : bains salés, bains de mer, air de la campagne ; régime lacto-végétarien chez les arthritiques ; cure de Vichy ou de Royat. (L. GILLET.)

### Bilharziose du Foie

1. Donner chaque jour 1 capsule, puis 2 (1 avant chaque repas), parfois 3 de :

Extrait éthéré de Fougère mâle.. 0 gr. 50 pour 1 capsule.

Pendant un mois.

2. Associer des cachets de :

Salicylate de soude 0 gr. 50 cgr. p. 1 cachet 5 à 6 par jour.

3. Régime tonique, frictions, stimulants. Hydrothérapie. (AVÉRINOS.)

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En romain.* — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*

*En «italique».* — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. BUREAU), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur LUCIEN-GRAUX.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**La Bourboule**

Une fête a eu lieu récemment à la Bourboule pour l'inauguration de la table d'orientation de la Banne d'Ordanche offerte par le T. C. F.

**Les origines de nos stations**

Notre confrère le *Gaulois* publie la note suivante dont nous lui laissons la responsabilité.

« Nous avons cherché, pour toutes les stations balnéaires à la mode, quels en ont été les créateurs.

Et voici ce que nous trouvons :

Deauville a été fondée par le duc de Morny ; Dieppe, par la duchesse de Berry et la famille Aguado ; Le Tréport et Eu par les princes d'Orléans ; Les Petites Dalles, par l'impératrice d'Autriche ; Vichy, par Mme de Sévigné ; Bade, par M. Bénazet ; Monaco, par M. Blanc ; Cannes, par lord Brougham ; Berck-sur-Mer, par MM. de Rothschild ; Bourbonne-les-Bains, par M. Chevandier de Valdrôme ; Puys, par Alexandre Dumas ; Saint-Raphaël, par M. Carvalho et Mlle Reichemberg ; Uriage, par le comte de Saint-Ferreol ; Amélie-les-Bains, par la reine Amélie ; Contrexéville, par Louis XVI ; Bagnères, par le maréchal de Richelieu ; Aix-les-Bains, par Victor-Emmanuel II ; Etretat, par Alphonse Karr et Offenbach ; Antibes par d'Ennery et Cantin ; Sainte-Adresse, par la reine Christine ; Dinard, par le duc de Mortemart et le duc d'Andiffret-Pasquier ; Evian, par le prince de Brancovan ; Biarritz, par l'impératrice Eugénie ; Pornichet, par le baryton Lassalle. »

# ÉCHOS

**Société de Chirurgie**

PRIX A DÉCERNER EN 1910. — *Prix Marjolin Duval* (300 francs). Prix annuel à l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1910.

*Prix Dubreuil* (400 francs). Prix annuel, destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie. — Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er novembre 1910.

*Prix Labori* (1.200 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. — Les manuscrits destinés au prix Labori doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

**Externat des Hôpitaux de Paris**

Rappelons que le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1911 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 19 septembre 1910, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saint-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures jusqu'au mercredi 31 août 1910 inclusivement.

**Fumeurs d'opium**

D'après M. Petit, l'intoxication par l'opium est différente de celle produite par la morphine. Au point de vue physique, le fumeur d'opium est sec, maigre. Dès qu'il a besoin de fumer, la volonté disparaît et aucun obstacle ne l'arrête. Il n'a plus alors conscience ni de son devoir, ni du danger qu'il peut courir. Si, au début de l'intoxication, on éprouve des hallucinations, dans la suite il se produit des impressions douces, avec déplacements dans l'espace. On ne constate jamais d'excitation musculaire ; le fumeur continuant à parler sait aussi écouter, mais il ne bouge pas. L'excitation cérébrale, par contre, est grande et l'intelligence décuplée. Point d'érotisme, l'abus de l'opium conduisant à une frigidité complète. Dans le jour qui suit une nuit de fumerie, il se produit de l'abattement, un sommeil plus ou moins lourd. Du côté des diverses glandes, inappétence, arrêt de la sécrétion biliaire et salivaire. La fumée étant très irritante pour la muqueuse bronchique, les muqueuses sont prédisposées à la tuberculose. L'ouïe prend une acuité très grande.

L'opium a une influence néfaste sur les Européens, tandis qu'il semble épargner les Chinois, qui, bien qu'intoxiqués depuis des siècles, ont conservé une beauté de race particulière. Ceux qui s'adonnent à l'opium sont presque toujours les intellectuels.

**VIe Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie** (Toulouse, 22-27 septembre 1910).

La VIe session du Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la Pédiatrie, M. le professeur Kirmissson ; pour la Gynécologie, M. le professeur Hartmann ; pour l'Obstétrique, M. le professeur Rouvier.

Voici les questions qui seront l'objet d'un rapport avec le nom des rapporteurs : Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, M. Aviragnet ; Eczéma des nourrissons, M. Rocaz ; Ostéomyélite vertébrale, M. Grisel ; Sténose pylorique des nourrissons, MM. Frédet et Guillemot ; Mégacôlon, M. Patel ; Tumeurs solides de l'ovaire, M. Mériel ; Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement, MM. Audebert et Gilles ; Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse, M. Fieux.

Des réductions importantes seront consenties, en faveur des congressistes et de leur famille, par toutes les compagnies de chemins de fer français, par les hôtels et restaurants de Toulouse.

D'intéressantes excursions seront organisées, qui permettront de visiter à des prix très réduits la cité de Carcassonne et les sites les plus pittoresques des Pyrénées (Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz-Saint-Sauveur, cirque de Gavarnie, etc.).

La cotisation est fixée à 20 francs pour les membres titulaires, à 10 francs pour les membres adhérents (femmes ou enfants des titulaires et étudiants en médecine). On peut dès aujourd'hui en envoyer le montant à M. le Dr Gilles, trésorier du Congrès, 12, rue des Couteliers, Toulouse.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Audebert, secrétaire général du Congrès, 1, place Matabiau, à Toulouse.

**Clinicat**

Le *Journal officiel* vient de publier l'arrêté ministériel suivant :

Article premier. — A la Faculté de médecine de l'Université de Paris, un chef de clinique est attaché à chacune des chaires de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale et à chacune des chaires de cliniques spéciales suivantes :

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ;
Clinique des maladies du système nerveux ;
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ;
Clinique des maladies des enfants ;
Clinique ophtalmologique ;
Clinique des maladies des voies urinaires ;
Clinique gynécologique ;
Clinique chirurgicale infantile.

Chacune de ces chaires est en outre, pourvue de deux chefs de clinique adjoints.

Art. 2. — Sont et demeurent abrogées les dispositions des arrêtés des 21 juin 1889, 30 novembre 1891, 24 octobre 1898 et 7 mai 1901, contraires à celles du présent arrêté.

# POSTES MEDICAUX

## DEMANDES

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

*Un grand nombre de nos lecteurs désireux de reprendre soit une clientèle soit une maison de santé, clinique, cabinet de spécialiste, etc., nous écrivent journellement en nous priant d'insérer leur demande.*

*Ne pouvant leur donner satisfaction qu'à tour de rôle et suivant la place disponible, nous prions ceux de nos Confrères qui désireraient être mis en rapports avec eux et ce d'une façon tout à fait discrète, de vouloir bien nous envoyer avec leur adresse, les renseignements indispensables.*

**Docteur** serait disposé à engager un capital de 60 à 70.000 dans affaire médicale ou para-médicale à Paris, soit en association, soit comme seul preneur, surtout établissement d'agents physiques, maison de santé. Les bénéfices devraient être de 20 à 30.000. Ne traitera qu'une affaire ayant un caractère médical sérieux. (2216)

**Docteur** succéderait à confrère ayant bonne clientèle et installé dans la banlieue nord jusqu'à 1 heure de Paris.

**Docteur** reprendrait en banlieue immédiate poste de 12 à 20.000. Paierait comptant. (2215)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désirerait trouver emploi dans clinique, maison de santé. Peu exigeant.

**Docteur** venant de terminer et pressé de s'installer dans la région de l'Eure-et-Loir reprendrait de suite un poste bien assis. (2214)

**Docteur** n'exerçant plus ferait pendant les vacances remplacements à Paris ou banlieue immédiate. (2213)

**Jeune Docteur** désirerait trouver à reprendre contre indemnité poste de 12 à 20.000 dans les départements du Loir-et-Cher, Indre-et-Loire, Cher, Loiret. Ne ferait pas la pharmacie. (2212)

**Docteur** ayant cédé son poste en province et devant habiter Paris cherche à reprendre la suite d'un confrère ayant clientèle ancienne de 12.000 minimum dans quartier plutôt excentrique. (2211)

**Docteur** ayant loisirs désire trouver emploi de quelques heures par jour, matin ou soir. Prét. ntions modestes. (2210)

**Docteur** cherche à reprendre poste dans région agréable à 2 heures au maximum de Paris. Etre seul médecin et faire 10.000. (2209)

**Pharmacien** n'exerçant plus, s'occupant depuis 5 ans du *lancement des spécialités*, bien introduit *près du corps médical*, accepterait de visiter les médecins pour une spécialité sérieuse. Peu exigeant. (2208)

## OFFRES

**PARIS.** — Pour cause de santé, docteur désire céder sa clientèle ancienne. Recettes 10.000 à développer par confrère actif. Faible loyer. Aucun frais. (314)

**PARIS.** — Près du centre dans quartier à communications des plus faciles, docteur céderait clientèle bien assise et très transmissible. Recettes 30.000. Loyer 1.800. Cause de fatigue. Indemnité 30.000. (312)

**COTE-D'OR.** — Très urgent. Docteur obligé de partir céderait pour indemnité de déménagement poste de 9 à 10.000. Est médecin du chemin de fer. (309)

**CENTRE.** — *Ville d'eau.* Pour raisons personnelles on céderait bonne clientèle contre faible indemnité. (307)

**INDRE-ET-LOIRE.** — Docteur céderait son poste d'un rapport de 8 à 9.000 contre légère indemnité dont la plus grosse partie sera payable sur les recettes. (304)

**A 2 heures de Paris.** — Docteur céderait au prix de facture installation complète : électrothérapie, voies urinaires tuberculose. Recettes 25.000 en baisse par suite de très mauvais état de santé. Loyer 2.500. Petit hôtel. Urgent. (300)

**EURE.** — Pour cause de départ forcé Docteur céderait poste de 20.000. Indemnité à débattre (291)

**ALGÉRIE.** — Docteur obligé de rentrer en France céderait bon cabinet dentaire. Recettes 28.000. Conditions exceptionnelles. (287)

**AISNE.** — A céder excellent poste sans frais. Seul médecin fait la pharmacie. Recettes 12.000. Indemnité à débattre avec faible comptant. (286)

**BRETAGNE.** — Cabinet de spécialiste électroth. à céder dans ville agréable. Recettes 15.000 en progression. On ferait bonnes conditions. Urgent. (285)

**PARIS.** — Docteur désirant faire électrothérapie pourrait acquérir à de bonnes conditions Cabinet déjà ancien dans quartier central. (280)

**CHER.** — Obligé d'habiter le Midi Docteur cherche à céder poste d'un rapport de 12.000. Fixes 2.000. Peu exigeant. (277)

**PARIS.** — Noyau de clientèle avec fixes serait cédé contre faible indemnité. Quartier agréable. Loyer 1.300. (272)

**HAUTE-SAONE.** — Poste de 10.000 à céder pour 3 à 4.000 fr. 2 docteurs. (252)

**SEINE-ET-MARNE.** — Docteur seul médecin, 1 pharmacien céderait pour faible indemnité poste d'un rapport minimum de 11.000. (257)

**PARIS.** — Etablissement médical sérieux et ancien de spécialité. Quelques heures de consultations. Bénéfices 18.000. A céder pour indemnité à débattre. (256)

**CENTRE.** — A céder. Etablissement ancien d'agents physiques. Bénéfices 20.000 fr. en 6 mois de saison Indemnité 130.000 fr. à débattre. (243)

**NORD.** — Petite ville. 3 Docteurs. Bonne clientèle : reprendre. Recettes 16.000. Indemnité 9.000. (231)

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements ..... 5 fr.
Union postale ........ 7 fr.
Édition Espagnole ..... 10 fr.
Édition Portugaise ..... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier





DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Président, Membre du Jury*
*Exposition Bruxelles, Cl. 16*

# ÉCHOS

### Nos Martyrs

Nous apprenons avec regret le décès de M. Roger Bandouin, Externe des hôpitaux de Paris, fils de notre ami le Dr Georges Baudouin. Il succomba à une séquelle d'oreillons graves avec méningite contractés dans son service hospitalier.

Nos affectueuses condoléances au Dr Baudouin.

### Un monument érigé à un médecin

Qui ne se souvient de la mort héroïque du Dr Manchamp, massacré au Maroc par les gens auxquels il avait, depuis des mois, consacré tous ses soins et son dévouement? Au Dr Mauchamp, assassiné à Marakech, en 1907, la France a élevé un monument qui a été inauguré le 21 août, à Chalon-sur-Saône, sa ville natale, par M. Pichon, ministre des Affaires étrangères.

### Blennorragie transmise par un spéculum : responsabilité du médecin

La Cour suprême de Washington a eu à juger un médecin accusé par sa cliente de s'être servi d'un spéculum non désinfecté qu'il prit au moment de l'examen dans un tiroir où il était recouvert d'une serviette. Une blennorragie aiguë, longue et douloureuse s'ensuivit, avec séjour au lit.

Bien que la dame n'ait pas fait la preuve qu'elle n'avait eu aucun coït suspect, la cour lui accorda 2.000 dollars au lieu de 4.000 qu'elle réclamait.

Le jugement faisait valoir qu'elle était complètement guérie, sans conserver aucune trace de sa maladie. Son incapacité à remplir ses devoirs pendant sa maladie avait été purement théorique (elle était veuve) et ses dépenses en médicaments et honoraires médicaux ne dépassaient pas 200 dollars. Pour ses souffrances physiques et morales on lui donnait une compensation, mais là s'arrêtaient ses droits. Rien ne lui était dû comme dommages-intérêts ou dans le but de punir l'accusé.

### Les circonscriptions pour le stage officinal

Le ministre de l'Instruction publique vient de rendre l'arrêté suivant, inséré au *Journal officiel*, relatif au stage officinal :

Arrête :

La circonscription de chacune des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie en ce qui concerne les officines où peut être accompli le stage exigé des aspirants au diplôme de pharmacien est déterminée ainsi qu'il suit :

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris : Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Eure-et-Loir.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims : Marne, Aube, Ardennes.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille : Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Var, Corse, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon : Doubs, Haute-Saône, Jura, Belfort.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux : Gironde, Charente-Inférieure, Dordogne, Lot-et-Garonne, Landes, Basses-Pyrénées.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen : Calvados, Manche, Orne.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen : Seine-Inférieure, Eure.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont : Puy-de-Dôme, Allier, Cher, Cantal, Haute-Loire.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon : Côte-d'Or, Yonne, Nièvre.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble : Isère, Haute-Savoie, Hautes-Alpes, Drôme.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille : Nord, Pas-de-Calais, Aisne.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens : Somme, Oise.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon : Rhône, Ain, Saône et-Loire, Loire, Ardèche.

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier : Hérault, Aude, Pyrénées-Orientales, Aveyron, Gard, Lozère.

Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy : Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges, Haute-Marne.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers : Vienne, Indre, Deux-Sèvres.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours : Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret.

### La taverne de l'hôpital de la Charité à Lyon

Au XVIIIe siècle, les administrateurs de l'hôpital de la Charité s'étaient vus contraints, pour éviter les sorties, de tolérer dans cet établissement une espèce de cabaret ou cave, où seuls les gens de la maison pouvaient venir acheter.

Une sœur était chargée de sa direction, d'après le *Lyon Médical*, elle avait sous ses ordres, pour le service, deux filles de la maison, c'est-à-dire deux des orphelines élevées à la Charité. La sœur touchait six livres tous les six mois; les servantes, dont le travail était plus pénible, neuf livres chacune, c'est-à-dire trente sous par mois. Le vin était fourni par la cave de la maison et la sœur devait chaque mois verser la recette dans la caisse de cet hôpital et rendre compte de la quantité de vin qui avait été vendue et de celle qui lui restait en charge.

Pour chaque année (93 litres 222) elle devait donner au retour 17 liv. 12 sous. Le vin était vendu 4 sous le pot.

La consommation annuelle était, en 1761, de 47.904 pots, soit environ 130 par jour, équivalant à 137 litres, et pour l'année entière à 501 hectolitres. Bien des cabarets n'ont pas un débit aussi considérable.

Le bénéfice du cabaret devait être de 5.000 livres environ chaque année.

### Le choléra

En 1904. année où le choléra arrive en Europe, 3 000 cas furent observés en Russie. En 1905, on constate 600 cas, auxquels s'en ajoutent 300 autres enregistrés en Allemagne. Nous retombons à zéro dans le cours de 1906, pour remonter, avec 1907, jusqu'à 13.000 atteints. Puis c'est 30.000 cas en 1908; 22.000 en 1909, auxquels il faut joindre environ 60 malades de Hollande, 9 de Belgique et une quarantaine d'Allemagne. Enfin en 1910, on atteint des chiffres énormes, il n'y aurait pas eu moins de 90.000 cas de choléra en Russie, du mois de juin à celui d'août. En outre, l'Italie méridionale a de nombreux cas et, bien que l'épidémie paraisse enrayée, il faut reconnaître que la population seconde très mal les efforts des autorités, ne comprenant pas les mesures prises et luttant contre les médecins.

### Un bureau de tabac

M. le président de la République vient d'accorder un bureau de tabac à Mme Leauron, la veuve de notre infortuné confrère du Gers, mort victime de son dévouement en soignant un malade de l'Assistance médicale gratuite. C'est à la généreuse intervention de notre maître M. le Pr Lannelongue, sénateur, que Mme Leauron est redevable de cette si légitime faveur.

# La Prothèse dentaire expliquée

## SES NOUVEAUTÉS, SON AVENIR

Par M. H. LÉGER-DOREZ

Sans plaque, ni palais, ni crochets, ni ressorts, l'appareil dentaire ne saurait exister; il faut employer un nom propre à dénommer chaque sorte d'appareil d'après l'usage auquel il est destiné, afin qu'il n'y ait plus de confusion si commune dans le langage courant.

Exemple : Dentier, pièce partielle, plaque partielle, appareil dentaire quelconque, obturateur, redressement, bridges, etc. Pour le commun tout cela est râtelier, c'est pour éviter cette erreur que nous expliquerons ce que sont ou devraient être chacun de ces objets.

Lorsqu'une mâchoire supérieure ou inférieure a conservé un certain nombre de dents, l'appareil appliqué pour combler les lacunes, c'est-à-dire remplacer les dents absentes, peut porter indifféremment les

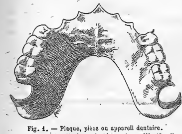


Fig. 1. — Plaque, pièce ou appareil dentaire. Type d'appareil ordinaire exécutée sur le modèle (fig. 4).

noms de pièce, plaque, appareil dentaire; il s'agit ici d'une monture amovible, servant de base à des dents artificielles et à ses moyens de contention.

Cette pièce peut et doit être retirée de la bouche pour la toilette et assurer à l'ensemble de la mâchoire l'aseptie convenable pour la rendre supportable.

Dans cette pièce partielle, chaque dent naturelle enclavée entre les anneaux, bagues ou crochets de l'appareil, contribue pour une très large part à sa contention mécanique dans la bouche.

La plaque à laquelle sont reliées les dents de remplacement, les anneaux, bagues, ou plus vulgairement les crochets, contribue, elle, à la contention physique de l'appareil par son adaptation à la partie de voûte palatine qu'elle recouvre (à la manière de deux plaques de verre unies entre elles par une goutte d'eau (adaptation). Cette plaque peut être plus ou moins large, plus ou moins bien ajustée, il en est de même des crochets; c'est la perfection dans l'ajustement, d'une part, dans l'assemblage de ces divers accessoires à la plaque, d'autre part, qui constitue la qualité de l'appareil dentaire et le rend supportable.

On ignore généralement l'effort déployé par la mâchoire pendant la mastication des aliments : il est considérable. La confection de l'appareil devra donc être en rapport avec l'effort qui lui sera demandé.

Si la plaque-base est étroite, recouvrant peu la voûte palatine, l'effort de la mastication l'enfoncera dans la gencive, peut-être sans la blesser, mais jamais sans allonger les dents naturelles voisinant à côté des artificielles.

Si la plaque est trop large, elle deviendra encombrante, atrophiante pour la voûte palatine, dont la muqueuse a besoin d'air.

Lorsqu'une mâchoire a entièrement perdu toutes ses dents, l'appareil établi pour les remplacer prend le nom de râtelier ou, moins communément, celui de dentier. Il pourra être construit, suivant le degré de résorption des alvéoles, de plusieurs manières, mais jamais sur un type défini à l'avance. Voici l'énumération des types les plus communs :

Dentier à plaque ajustée sans succion.
— — avec succion.
— — à valve molle.
— — à ressorts.
— — à succion et à ressorts.
— — à valve molle et à ressorts.

Comme on le voit, la variété en est grande, mais jamais un dentier ne peut être sans plaque ni palais; il sera naturellement sans crochets puisque la bouche ne possède plus aucune dent pour y accrocher le dentier.

Dans tous les cas cités plus haut, le dentier possèdera une assez large plaque recouvrant le palais, plus large dans les dentiers à succion, moins large dans ceux montés à ressorts (V. fig. 2).

Seul dans la nomenclature des appareils

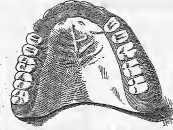


Fig. 2. — Type de dentier, mâchoire supérieure, sans succion.

dentaires, le « pont » ou bridge ne comporte ni plaque ni palais.

Le bridge est fixe, reposant par deux ou plusieurs bases-culées sur des dents ou racines solides. Les moyens de fixation du bridge sont variés à l'infini : ils sont retenus et fixés à la mâchoire soit par des chapeaux d'or (gold crown), des pivots enfoncés dans le canal agrandi des racines ou par des blocs incrustés dans les caries des dents de culée, si elles sont cariées.

Ces culées extrêmes sont réunies entre elles par une bande de platine iridié, tablier du pont sur lequel les dents de remplacement sont soudées suivant les besoins (Fig. 3 et 3').

Les bridges amovibles sont peu recommandables et ne s'appliquent qu'à des cas très particuliers où ils peuvent être utilisés sans nuire.

Les matériaux entrant dans la construction des bases d'appareils dentaires sont l'or, le platine, l'aluminium, le caoutchouc brun, rose, noir, blanc ou les combinaisons métalliques enrobées dans le caoutchouc (pièces mixtes).

Jusqu'à ces deux dernières années, on



Fig. 3. — Type de bridje fixe, ancien modèle.

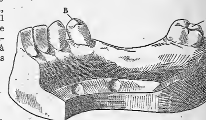



Fig. 3'. — Modèle de bouche sur lequel on a établi le bridje ordinaire fixe (fig. 3) et le bridje articulé en or coulé (fig. 6).

fabriquait les appareils métalliques avec l'or plané, estampé au marteau entre des matrices mâles et femelles représentant le moule de la mâchoire; seuls les appareils de caoutchouc étaient moulés.

Depuis l'année dernière, l'art dentaire a



Fig. 4. — Modèle de la bouche sur laquelle ont été exécutées les plaques ordinaire et à double pont en or coulé (fig. 1 et 5).

subi une modification profonde, capitale dans la fabrication des appareils à bases métalliques, par l'emploi de la méthode dite « à cire perdue » (1).

Cette méthode n'est pas nouvelle, elle remonte à la plus haute antiquité, elle vient seulement d'être rénovée et appliquée à l'art dentaire, avec le plus grand avantage.

La méthode à « cire perdue » permet à présent de modeler complètement en cire la plaque-base à muter en métal ainsi que les crochets. Ces modelages exécutés sur le moulage de la bouche sont enrobés dans un revêtement (composé de sable pulvérisé mélangé à du plâtre de Paris), sans subir la moindre déformation.

Lorsque ces enrobages, chauffés dans un four à gaz Bunzen, ont atteint une température convenable, ils sont amenés sous

(1) Voir articles de Taggart, Solbrig, Platschick, *Laboratoire et Progrès Dentaire réunis* (1907-1909-1910).

une presse à couvercle ajusté d'amiaute humide; lorsque la quantité d'or nécessaire est liquéfiée sous l'action du chalumeau, le couvercle de la presse est abaissé, injectant pour ainsi dire le métal liquide dans l'intérieur du revêtement, qui remplit ainsi le vide laissé par le modelage de cire brûlé au feu pendant le chauffage du moule. La plaque obtenue est donc la reproduction intégrale du modelage de cire.

On comprend facilement l'importance de ce procédé nouveau, car il permet d'arriver à une perfectibilité d'ajustement qu'il était, jusqu'ici, impossible d'atteindre avec l'estampage.

Pendant sa confection, un appareil dentaire quelconque doit passer au feu pour l'adjonction des crochets, puis une seconde fois pour le soudage des dents artificielles. Chaque passage au feu correspond à une dilatation du métal tendant à reprendre sa forme planée primitive; de ce fait, l'appareil estampé en construction se trouve être moins ajusté, une fois terminé, qu'au premier temps de l'estampage.

La plaque en or coulé peut, elle, passer au feu, être immédiatement plongée en eau froide, sans subir, de ce fait, de rétraction moléculaire. En plus de cet avantage considérable, la méthode de l'or coulé sous pression de vapeur en possède un autre, non moins appréciable, c'est la possibilité, par le modelage de la cire, de diminuer considérablement la largeur des plaques de recouvrement ainsi que l'épaisseur générale des bridges.

Avec la méthode à « cire perdue » il devient possible de tirer un meilleur parti de la bouche, de prévoir les points où le tassement peut être préjudiciable à l'une ou à l'autre des dents du voisinage.

Le préparateur (1) peut, de façon ingénieuse, établir des cloisonnés faits de bandelettes métalliques étroites réunies par des entretoises, augmenter ainsi la portée de la

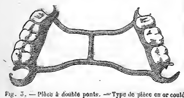


Fig. 5. — Pièce à double ponts. — Type de pièce en or coulé exécuté sur le modèle fig. 4, à mettre en parallèle avec l'appareil ancien type fig. 1.

pièce tout en diminuant de 60 0/0 au moins la surface de recouvrement de la voûte palatine et l'encombrement de l'appareil.

Il n'y a pas que la pièce partielle qui retire un réel bénéfice de cette méthode, le « Bridge » ou « Pont », subit de son application de sérieuses modifications. Le pont ou bridge est, comme nous l'avons dit plus haut, un appareil sans plaque ni palais, il ne peut être exécuté que si, à chacune de ses extrémités existe une dent solide capable de lui servir de support ou culée. Ces culées peuvent être des chapeaux d'or recouvrant les dents d'extrémité (fig. 3), des pivots ou des incrustations métalliques épousant les formes de caries portées par les points de culée.

Jusqu'à l'apparition des travaux à cire perdue, ces culées faisaient corps intégral avec le pont proprement dit (voir fig. 3).

Toute la masse composant le bridge, c'est-à-dire les dents artificielles et les culées, faisait partie intégrale du même bloc et était ainsi scellée sur les culées, réunissant dans une étreinte rigide les deux organes de sustention plus ou moins divergents ou convergents, les associant en bloc aux efforts considérables de la mastication des aliments. Ce procédé était souvent nuisible, une inflammation survenait quelque fois aux ligaments périphériques des deux dents support, obligeant le malade à se séparer de ce bridge irritant parce que trop rigide.

Le même travail exécuté en « or coulé », permet à présent d'établir le « Pont coupé » (1), voici comment :

L'un des chapeaux de culée (fig. 6) porte une mortaise dans laquelle un tenon à œil pratiqué dans l'une des extrémités de tablier du pont T, vient s'intercaler, tandis que l'autre extrémité du pont fait corps avec son moyen de fixage. Le tenon est fixé dans la mortaise par un goujon, ce qui fait une charnière. Que les dents de fixage soient divergentes ou convergentes, peu importe, puisque le pont n'est plus d'un seul morceau.

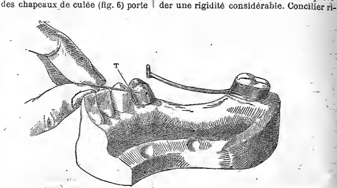



Fig. 6. — Montage du bridje en or coulé, bridje articulé.

Le placement d'un pont dans la bouche n'est plus pénible, il s'opère en trois temps :

Le placement de la culée mortaise;

Le placement du second point de culée, l'autre extrémité venant s'enclaver dans la mortaise; enfin l'introduction du goujon solidarisant l'articulation du tenon dans la mortaise (voir fig. 6).

L'avantage de la méthode à cire perdue se fera peu sentir, sur le dentier complet, mâchoires supérieure car là, un facteur inattendu intervient, le poids du métal qui, pour cette mâchoire devient un obstacle. En effet, pour qu'un dentier supérieur tienne dans la bouche, soit par l'ajustement simple, soit par la succion, il ne faut pas que sa forme puisse être alterée sous l'effort de la mastication, il doit donc posséder une rigidité considérable. Concilier rigidité et légèreté en employant l'or pour base, est un problème difficile. Néanmoins la préférence reviendra à la plaque base en or conlé avec renforts de caoutchouc, à cause de sa grande finesse d'adaptation.

(1) H. Leger-Dorez, chirurgien-dentiste, *L'or coulé sous pression de vapeur*, 1 volume, P. Cash, éditeur, 12, rue de Hanovre, Paris.

## HYGIÈNE ET ÉDUCATION

DU

# Système nerveux chez l'Écolier (1)

Par le Docteur J.-A. RIVIÈRE, de Paris

L'éducation de l'écolier s'exerce de trois manières : développement physiologique, formation du caractère, ameublement de l'intelligence. La direction de ces trois points, qui relient constamment le moral au physique, présente une influence capitale sur l'homme futur. L'important, c'est d'assurer au système nerveux, recteur de l'organisme, l'équilibre indispensable au maintien et au perfectionnement des facultés, dans une constitution vigoureuse et saine.

L'exercice régulier des muscles accroît incontestablement la puissance du cerveau et de la moelle, dont il active les fonctions. Pour être bienfaisant, l'exercice doit de préférence être pratiqué en plein air et avant les repas. Les jeux doivent être préférés à la gymnastique proprement dite. La marche, la course, le saut, la natation, le patinage, la danse et l'escrime sont d'excellents exercices, mais cependant les jeux de barres, les quilles, le croquet, le football et autres jeux, ne sont pas à dédaigner, pour donner au corps la force et l'agilité. Ils ont l'avantage d'être reçus avec agrément et joie par les enfants les plus réfractaires au mouvement. Les haltères et les exercices des bras, le chant uni à la marche, développent la fonction respiratoire et amplifient la cage thoracique. Le défaut d'exercice donne prise à l'anémie et au lymphatisme, ces deux grands ennemis du jeune âge. Le tissu cellulaire devient lâche, par le repos habituel et permet à la sérosité de s'accumuler dans ses mailles. En même temps, la nutrition demeure languissante et la névrarchie perd de sa vigueur, taudis que les organes et les fonctions diminnent de vitalité. Ce

(1) Communication au 3e Congrès international d'hygiène scolaire, Paris, 2-7 août 1910.

sont là les inévitables conséquences de l'inaction.

« Le lever tôt, dit un grand moraliste, conserve santé et sainteté. » Rien n'est plus exact. Au point de vue scolaire, le travail matinal, coupé de récréation en plein air, est le plus avantageux pour le système nerveux. Les habitudes d'énergie morale et de volonté dépendent souvent de cette gymnastique intellectuelle matinale, fixant l'attention et éveillant les facultés de méditation, de réflexion et de jugement, aptitudes souveraines pour assurer la supériorité cérébro-spinale et discipliner fortement la volonté, d'où dépend la valeur future de l'être nerveux. Rien, d'ailleurs, n'est plus difficile à fixer que le cerveau des enfants : Fénelon le compare justement à une bougie allumée dans un lieu exposé au vent et dont la lumière vacille toujours. Mais l'attention, comme la volonté, est l'esclave de la sensibilité : en fortifiant le système nerveux et les facultés sensorielles, on rend ces facultés primordiales comme naturelles et manifestes, au cours de toutes les opérations de l'esprit, qui s'accomplissent ainsi sans tension.

Mais les récréations sont absolument indispensables pour couper les études, surtout quand les écoliers sont très jeunes ou que celles-ci deviennent particulièrement ardues. Aussi bien, c'est surtout le matin, alors que les sens n'ont pas été distraits par les excitations de la journée, ni la nutrition fatiguée par les phénomènes digestifs, c'est le matin, dis-je, que l'entendement domine, dans les circonvolutions calmes de l'écolier reposé.

Le paresseux (on l'a proclamé depuis longtemps) est un malade. Le vice nutritif, la désharmonie cérébro-spinale, le développement exagéré du lymphatisme et les diverses causes d'aprosexie, telles que les adénoïdes, le thyroïdisme, etc., sont des conditions auxquelles il est loisible de remédier médicalement par des moyens appropriés. L'arsenal physicothérapique nous fournit aussi de précieux engins de traitement, dans l'hydrothérapie, l'électricité, le massage, la photothérapie, la mécanothérapie, intelligemment dirigés. En combattant la paresse, cette inertie de l'idéation, la physicothérapie a également l'avantage de refréner une sensibilité trop instable et une imagination désordonnée, singulièrement préjudiciables au jugement et au raisonnement normaux.

L'éducation doit être envisagée comme un bloc ou, plutôt, comme un faisceau d'habitudes physiques et morales. Elle perfectionne le jeune sujet par la répétition d'actes réguliers et profitables, accomplis, peu à peu, sans effort, mais non sans énergie. Comme le muscle, d'ailleurs, le cerveau s'invigore et s'affine par l'exercice régulier qui sait éveiller l'attention, la réflexion, la comparaison, le jugement, l'imitation des bons exemples. A cet égard, et étant donné l'importance de la contagion nerveuse, je ne saurais trop insister sur la nécessité d'éloigner de l'éducation en commun les jeunes sujets arriérés, dégénérés, atteints de tares causées par l'hérédité névropathique.

Il faut attacher une grande importance au développement sensoriel régulier, principalement en ce qui concerne les yeux et les oreilles. La myopie, cette maladie scolaire par excellence, ne serait ni aussi fréquente ni aussi compliquée si l'on savait éviter à l'enfant des efforts intempestifs d'accommodation : remédier à un éclairage naturel et artificiel notoirement insuffisant, supprimer les livres imprimés en caractères trop fins ou mal interlignés ; exiger un mobilier scolaire proportionné à la taille de l'enfant et lui évitant toutes attitudes vicieuses. L'adoption de l'écriture droite, le développement de l'hygiène générale et musculaire, les repos fréquents de la vue sur des objets éloignés, telles sont les meilleures conditions prophylactiques de la myopie, dont la cure est encore possible (une fois développée) par l'application de verres appropriés, par la massothérapie méthodique des globes oculaires et les courants continus faibles appliqués sur les tempes.

Le surmenage du système nerveux, dont il a été souvent question, est rarement le fait de la scolarité proprement dite ; il est surtout le résultat des auto-intoxications de toutes sortes (air expiré et repris par les poumons, etc.). Mais il est évident que les études seront difficilement supportées par un jeune organisme succombant sous le poids d'une hérédité chargée ou de tares névropathiques. De plus, les vices d'*aération*, d'alimentation, de luminosité, le vice et la misère chez les parents doivent intervenir parmi les causes qui s'offrent à la sagacité du diagnostic médical. La céphalée frontale, accompagnée d'altérations du caractère, d'inaptitude au travail, d'irritabilité nerveuse, est fréquemment signalée chez les écoliers, surtout à l'époque de la puberté. Lorsqu'il y a epistaxis, cette hémorragie est, en quelque sorte, le critérium pathognomonique d'un état de congestion encéphalique, entretenu par les études, et par la sédentarité confinée du milieu scolaire. Il faut bien savoir que le tissu nerveux est particulièrement délicat dans le jeune âge, et que son réseau vasculaire est développé à souhait, pour prédisposer à l'hyperémie morbide.

L'acide carbonique et l'oxyde de carbone, ces deux éléments de l'air vicié des classes, jouent un rôle néfaste aussi avéré sur le système nerveux que sur les globules rouges du sang. On ne saurait attacher une importance trop grande aux poêles de chauffage et aux sources lumineuses artificielles : le jour où le chauffage central à la vapeur et l'éclairage à l'électricité fonctionneront dans toutes les écoles, les céphalées et épistaxis (réactifs, en quelque sorte, de la viciation du milieu aérien), diminueront considérablement comme fréquence. Car ces états sont bien plus fonctions d'intoxication que de sédentarité, prématuration ou surattention. Le cerveau souffre parce qu'il est encombré des toxines aériennes, sans parler des toxines nutritives engendrées par le ralentissement trophique chez les enfants anémiés, lymphatiques ou arthritiques, et surtout de l'auto-intoxication résultant de ce que nous avons appelé les toxines humaines (résidus de la vie cellulaire).

A propos d'air vicié, je ne saurais trop insister sur la nécessité de renouveler l'air des classes et des dortoirs afin d'éviter à l'écolier de s'empoisonner par l'air expiré et qui, comme nous n'avons cessé de le dire, est le pire des poisons. C'est lui qui engendre la tuberculose et la typhoïde. (Voir notre communication *Atmothérapie*, 1[er] Congrès français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine, Nice, avril 1904 ; Considérations sur la véritable étiologie de la tuberculose, Congrès américain de la tuberculose à Altanta, Géorgie. avril 1905 ; Les Agents Physiques en rapport avec l'Hygiène scolaire, 2[e] Congrès d'Hygiène scolaire et de Pédagogie physiologique, Paris, juin 1905.)

Il faut aussi se rendre compte de l'origine neuro-oculaire de la céphalée (anomalies de l'acuité visuelle), ainsi que de l'hérédité alcoolique ou tuberculeuse, de la croissance défectueuse, avec ou sans scoliose ; de la dysménorrhée chez les jeunes filles ; de l'onanisme chez les jeunes garçons. A l'égard de ce dernier vice, il n'y a qu'un remède possible : la suggestion. Les moyens coercitifs (et surtout les sermons prétendus prophylactiques) ne font guère qu'éveiller encore davantage l'attention monomaniaque de l'écolier : il faut savoir s'en méfier.

La céphalée scolaire se guérit par le repos à la campagne, les douches écossaises, les bains électro-statiques ou hydro-électriques et les autres agents de la physicothérapie, auxquels les symptômes, en apparence les plus graves, n'opposent qu'une brève résistance, en général.

Si l'on néglige ces avertissements céphalalgiques, on ne tarde pas à voir survenir (principalement chez les prédisposés) des complications névropathiques. Le système nerveux et la sphère mentale représentent, chez l'enfant, des lociminoris résistentiæ : la méningite, la chorée, l'hystérie, l'épilepsie offrent, pour le jeune âge, une prédilection des plus marquées. La neurasthénie et le suicide ne sont pas rares chez l'écolier. Sachons toujours prévoir ces complications.

Ne pas fatiguer l'attention, couper les travaux d'esprit par la diversion de fréquentes récréations au grand air. Veiller à la plus grande aération des salles d'étude, de classes, des dortoirs et de la literie, ne pas dépasser (en classes, d'une heure au plus) quatre à cinq heures de travail par jour, en concédant le repos complet du dimanche et de l'après-midi du jeudi ; exiger neuf heures de sommeil et supprimer le plus possible le travail du soir : tels sont les moyens d'éviter le surmenage nerveux avec ses funestes conséquences. Bien loin de compromettre l'exécution des programmes, l'hygiène largement comprise favorisera sa complète exécution, en perfectionnant l'attention et en favorisant le goût du travail. Il n'y aurait pas grand mal, au surplus, à reculer l'âge des examens, afin d'éviter, dans la mesure du possible, les « bouchées doubles » et les « coups de collier », si dangereux pour les systèmes nerveux prédisposés à la morbidité.

L'hygiène des yeux et des oreilles doit, ainsi que je l'ai déjà fait pressentir, constituer le principal souci du médecin inspecteur. Reconnaître et traiter de bonne heure les maladies de l'œil et de ses annexes, dé-

terminer et corriger les anomalies de la réfraction, afin de maintenir, dans la mesure du possible, l'intégrité fonctionnelle de la vision; lutter contre le strabisme, l'astigmatisme, la myopie, la mauvaise perception des couleurs; tels sont les devoirs qui s'imposent en ce qui concerne les yeux.

Les anomalies de l'appareil auditif ne sont pas moins importantes, en ce qui concerne l'avenir de la fonction de l'ouïe, «les demi-sourds de l'enfance, a dit Gellé, deviennent tout à fait sourds à l'âge adulte ». Faisons donc de la médication étiologique, en pratiquant des examens diagnostiques complets. Lorsqu'un élève appelé ne répond pas, on soupçonnera plutôt l'audition défectueuse que l'étourderie; de même si, pendant une dictée, il cherche à copier. Rappelons ici les relations fréquentes entre la surdité et les végétations adénoïdes. Enfin, les exercices d'orthophonie remédieront au bégaiement.

Au total, c'est, comme l'a dit Laprade, *vouloir bâtir sur le sable que de ne point donner à l'instruction scolaire les solides assises de la santé.* On ne peut demander raisonnablement des efforts intellectuels à un organisme miné par le génie morbide. C'est surtout le système nerveux qui s'aguerrit et s'harmonise par l'eutrophie et l'exercice physique régulier. En agissant sur la charpente osseuse et sur l'activité musculaire, on réglemente indirectement le système nerveux. L'exercice bien compris apprend au cerveau à commander, au bulbe à coordonner, et stimule les fonctions de transmission de la moelle épinière aux nerfs moteurs. En perfectionnant l'automatisme cérébro-spinal, la culture somatique ensemence, en quelque sorte, le champ de l'intelligence et contribue, pour une vaste part, à l'éducation synergique de la volonté, de la personnalité. La culture active du corps est la seule manière de faire reposer le cerveau pendant la journée et de compenser les funestes effets de la sédentarité. Elimination complète des déchets, utilisation intensive de l'assimilation, fabrication foncière de chaleur et de force par la combustion de plus d'oxygène: voilà les avantages de la Kinésithérapie bien comprise. Il importe d'en éliminer les exercices athlétiques, qui compromettent la croissance et fatiguent les centres nerveux en exaspérant la circulation : ces exercices ne sont possibles que pour les adultes. En ce qui regarde l'enfant, il nous suffit de donner un coup de fouet aux grandes fonctions de la digestion, de la respiration et de la nutrition : c'est dire qu'il faut préconiser les jeux récréatifs en plein air, la course, la bicyclette, la gymnastique rythmée, sans violence, dosée suivant les âges et les tempéraments et pratiquée toujours après entraînement graduel : le saut, la danse, l'équitation (si favorable aux fonctions respiratoires), l'aviron, la natation, le patinage, etc.

*Résumé et Conclusions.*

1° Une bonne hygiène du système nerveux est indispensable à l'écolier pour les trois points de son éducation : développement physiologique, formation du caractère, ameublement de l'intelligence;

2° Les jeux et exercices bien réglementés sont indispensables pour perfectionner le nervisme, en combattant les tendances anémolymphatiques du jeune âge;

3° C'est le matin qu'il faut préférer pour fixer l'attention et éveiller le jugement et la réflexion chez l'écolier, dont les opérations intellectuelles doivent s'accomplir sans tension nerveuse ni fatigue cérébrale;

4° Le paresseux est un malade et la paresse n'est que le reflet de l'atonie ou de l'asthénie nerveuse. Il est souvent nécessaire, pour combattre l'inertie de l'idéation et l'instabilité du système nerveux, de puiser dans l'arsenal de la thérapie physique;

5° La régularité scolaire entraîne la suppression de l'effort et l'automatisme intellectuel. Elle permet la prophylaxie sensorielle et le perfectionnement du milieu hygiénique scolaire;

6° Il faut surtout combattre les causes de l'irritabilité nerveuse, de la céphalée juvénile et de l'inaptitude au travail, qui sont souvent fonctions d'intoxication (auto-intoxication de toutes sortes, air expiré et repris par les poumons, etc., etc.), lorsque leur origine n'est pas oculaire ou n'a pas ses racines dans les profondeurs du sol héréditaire;

7° La réglementation du travail, de l'exercice et du sommeil s'oppose au surmenage nerveux. L'hygiène sensorielle, principalement en ce qui concerne les yeux et les oreilles, l'exercice bien compris, qui perfectionne les fonctions cérébro-spinales et règlemente la volonté, en donnant un coup de fouet favorable à la nutrition générale : telles sont les assises de l'éducation scolaire dans ses rapports avec le système nerveux des jeunes organismes.

## REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

# Le " 606 "

**Traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsénobenzol.** *(Deutsche medizinal Zeitung).*

A la Société de médecine de Berlin (séance du 22 juin 1910) et de Vienne (séance du 24 juin 1910), Wechselmann, Michaelis, Alt, Schreiber, Kromayer, Tomasczewski, Pick et Dörr ont fait part des résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la syphilis par le dioxydiamidoarsénobenzol, produit dû à Ehrlich et désigné encore sous le nom de préparation Hata ou préparation n° 606.

Les vertus spécifiques de ce nouveau médicament à l'égard du spirochète semblent dépasser de beaucoup celles de tous les agents antisyphilitiques connus. Dans leurs communications, certains auteurs affirment que les effets du traitement par l'arsénobenzol sont vraiment extraordinaires, stupéfiants.

En moins d'un mois, chez des syphilitiques débilités, Wechselmann a pu constater, à la dose de 0.45 centigr. chez la femme, 0.50 centigr. chez l'homme, en même temps que la rétrocession des lésions syphilitiques sans récidive, une amélioration de l'état général traduite par une augmentation de poids de 7 1/2 kilogrammes.

Deux nourrissons atteints de pemphygus syphilitique et ne paraissant pas viables ont été guéris par une seule injection d'arsénobenzol; mais trois autres nourrissons sont morts quelques jours après l'injection, sans doute, dit l'auteur, parce que la faible vitalité des enfants ne leur permettait pas de résister à la grande quantité d'endotoxines mises en liberté par la destruction massive des spirochètes sous l'influence de l'arsénobenzol.

Avec la préparation Hata, Alt a également observé des effets curatifs d'une étonnante rapidité. Une seule injection de 0.40 centigr. a suffi pour amener la guérison d'un ictère syphilitique en neuf jours; dans six cas de tabes, la même dose a permis d'obtenir une amélioration considérable des troubles objectifs et subjectifs avec augmentation de poids; dans l'épilepsie d'origine syphilitique, l'injection intraveineuse donne des résultats merveilleux, selon l'expression de l'auteur.

De son côté, Schreiber fait remarquer que ce sont les cas les plus graves qui réagissent particulièrement bien au traitement. Dans les 150 cas qu'il a observés, il y eut régression prompte des accidents sans autres troubles qu'un léger mouvement fébrile. L'auteur a fait des injections intraveineuses de 0.40 à 0.50 centigr. d'arsénobenzol en solution dans 100 c. c.; la solution peut encore être plus étendue, car les réactions cutanées survenant à la suite d'une injection péri ou juxtaveineuse sont d'autant moins intenses que la dilution est plus forte.

Selon Kromayer, l'arsénobenzol possède au plus haut degré le pouvoir d'activer la résorption des syphilides scléreuses, de même que l'épidermisation et la cicatrisation des syphilides ulcéreuses. Tel est aussi l'avis de Schreiber, Tomasczewski, Pick et Dörr. Chez des malades en pleine syphilis secondaire, ce dernier a constaté la disparition, en quelques jours, des lésions cutanées et muqueuses, macules, papules, plaques, scléro-adénites circonscrites ou généralisées, sans récédive. En deux jours, une seule injection de 0.30 centigr. a mis en mouvement les processus de réparation chez un soldat atteint de syphilis maligne, et dont les lésions ulcéreuses et croûteuses étendues à la totalité du cuir chevelu, à la face, aux membres et aux extrémités, accompagnées d'accès de fièvre élevée, de sueurs nocturnes, avaient résisté pendant des mois aux préparations mercurielles et iodées.

Les syphilis tardives du système nerveux sont aussi favorablement influencées par l'arsénobenzol que les manifestations récentes. Chez des paralytiques, Alt a constaté des améliorations inespérées; Dörr renseigne que deux de ses malades, soumis à l'arsénobenzol et atteints de paresthésie unilatérale, de diplopie, de vertiges, de troubles de l'attention, de la mémoire, de la parole et de l'écriture, ont vu disparaître la plupart de leurs troubles en trois ou quatre semaines, grâce à une seule injection de 0.40 centigr.

Aux différents stades de la maladie, de brillants résultats ont été obtenus par le professeur Treufel, de Francfort, qui déclare que l'action spécifique de l'arsénobenzol a été nette et frappante dans les cinq cents cas qu'il a traités; souvent déjà après deux jours les plaques muqueuses avaient disparu.

Le professeur Neisser, de Breslau, est tout aussi convaincu de la réalité du pouvoir antisyphilitique de la préparation de Hata; pour lui, dans les cas récents, on peut avoir l'espoir de détruire la syphilis dans son germe; dans les cas graves, la guérison est beaucoup plus rapide qu'avec les autres préparations. Le traitement à l'arsénobenzol peut, selon cet auteur, être appliqué avec succès dans toutes les circonstances où le traitement mercuriel est inefficace, mal supporté ou contre-indiqué. La guérison est souvent la conséquence d'une seule injection.

D'après Schreiber, l'administration du médicament par voie veineuse est indolore, à condition que l'injection soit faite directement

dans la veine et non pas dans les tissus du voisinage.

Selon Pick, l'injection intramusculaire n'exerce aucune action nocive sur les voies digestives, le système nerveux, le rein et l'œil, mais elle détermine une légère hyperthermie et un peu de sensibilité au lieu de l'injection. Quelle que soit d'ailleurs la voie de pénétration du médicament, l'intoxication arsenicale n'est pas à redouter. Parfois, d'après Tomasczewski, l'injection intramusculaire provoque une infiltration douloureuse qui peut durer huit à quinze jours, avec un mouvement fébrile allant jusqu'à 38°. Treufel soutient aussi que les phénomènes douloureux consécutifs à l'injection intramusculaire obligent les malades à garder le lit durant huit à quinze jours.

Ce sont là des désordres insignifiants et négligeables en présence de la valeur hautement spécifique de la préparation.

Cependant, d'après Neisser, il serait prématuré de vouloir, à l'heure actuelle, préciser les propriétés de l'arsénobenzol, de fixer les doses et surtout de lancer le médicament dans la pratique courante. Il faut qu'il continue à faire l'objet d'observations multiples avant qu'il soit possible d'être édifié définitivement sur le meilleur mode de préparation des solutions, ainsi que sur le nombre des injections.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Les accidents graves post-sérothérapiques s'observent surtout dans les méningites cérébro-spinales à liquide purulent et à méningocoques intra-cellulaires.**

M. Netter, contrairement à l'opinion de MM. Briot et Dopter, ne croit pas que les accidents graves seraient plus fréquents si les méningocoques étaient en liberté. Dans 9 méningites à liquide clair, contenant des méningocoques libres et peu ou pas d'éléments cellulaires, il n'a vu aucun accident post-sérothérapique. En revanche, tous les sujets chez lesquels des accidents ont été relevés après l'injection du sérum avaient, à une exception près, un liquide purulent contenant de nombreuses cellules renfermant des diplocoques.

(*Soc. de Biol.*).

**La rétention calcaire dans les maladies.**

MM. M. Loeper et G. Béchamp admettent, au cours de certains états pathologiques, une rétention véritable de sels de chaux. La rétention est locale ou générale, suivant que la chaux s'accumule dans un organe ou un tissu, ou dans l'ensemble des divers parenchymes de l'organisme. Elle existe dans les artères athéromateuses, dans les exsudats pleuraux et péritonéaux, dans les foyers pneumoniques et tuberculeux, dans l'asystolie, l'urémie et la plupart des états infectieux.

L'urine et les matières fécales sont, en général, pauvres en chaux tant que persiste la rétention; elles en contiennent, au contraire, une quantité considérable lorsque survient la crise dans les maladies.

(*Soc. de Biol.*).

**Capsules surrénales.**

M. Roger a essayé d'établir qu'on peut extraire des capsules surrénales préalablement traitées par l'ammoniaque plusieurs substances hypotensives : un pigment rouge dialysable, un pigment noir non dialysable, des matières grasses.

Le pigment rouge se trouve à l'état de chromogène. Si l'on pratique une décoction à l'abri de l'air, on obtiendra par la dialyse un chromogène jaune qui deviendra, par oxydation, violet, puis rouge. Les liquides dialysés sont riches en adrénaline et hypertenseurs; traités par l'ammoniaque, ils deviennent hypotenseurs.

Si l'on opère à froid, on peut, par l'alcool, extraire des capsules surrénales le pigment rouge hypertenseur, qui devient également hypotenseur par l'action de l'ammoniaque.

Après épuisement par l'alcool, les capsules abandonnent au chloroforme une matière grasse dont l'émulsion, injectée dans les veines, amène une légère élévation de pression, non suivie d'abaissement. Cet effet est dû à la présence d'une trace d'adrénaline. Si on lave la graisse avec de l'eau acidulée, on enlève cette substance et on obtient un effet hypotenseur. Enfin l'alcool amylique extrait une autre substance hypotensive. Après l'action de ces réactifs, l'eau n'enlève plus au tissu de substances actives : celles qui, dans les autres expériences, se dissolvaient dans ce liquide, ont été coagulées.

Ces recherches nouvelles tendent à démontrer que les matières hypotensives sont multiples et qu'elles ne sont pas des produits artificiels; elle préexistent dans les capsules.

(*Soc. de Biol.*).

**Recherches sur l'élimination du bacille d'Eberth et des bacilles paratyphiques par l'intestin.**

MM. L. Ribadeau-Dumas et P. Harvier ont cherché, au bout d'un temps très court, quelles lésions étaient créées dans l'intestin du lapin, par le passage de bacilles d'Eberth et de bacilles paratyphiques injectés à fortes doses et comment s'éliminaient ces microorganismes.

Ces bacilles se fixent surtout dans la rate, le foie, l'appendice et paraissent s'éliminer surtout au niveau de l'appendice et du duodénum, accessoirement par le milieu de l'intestin grêle et par le gros intestin. On les trouve bien plus facilement dans les parois de l'intestin que dans les matières.

(*Soc. de Biol.*).

**De l'antagonisme dans le domaine expérimental.**

M. Maurel considère comme agents antagonistes ceux qui, après leur absorption, s'opposent à la reproduction ou à la continuation d'une action provoquée par un autre agent ou même qui ne s'opposent qu'à la manifestation de cette action.

L'absorption, pour l'auteur, sépare l'antagonisme de l'antidotisme, ce dernier s'exerçant seulement dans les cavités naturelles.

Les actions antagonistes, comme les synergiques, se divisent en allohistiques et en homohistiques selon qu'elles s'exercent sur des éléments anatomiques différents ou sur les mêmes éléments.

A propos de l'antagonisme allohistique, il montre les dangers de la médication des symptômes.

Mais il insiste surtout sur l'antagonisme homohistique, qui existe, non seulement quand ses agents sont donnés simultanément, mais aussi comme curatifs, même comme préventifs. Les agents antagonistes homohistiques, pour être efficaces, doivent être donnés dans les proportions de leurs doses minima mortelles. Donc, si le toxique est dans l'organisme en quantité double de sa dose minimum mortelle, il faut, pour le combattre efficacement, donner également son antagoniste en quantité double de la sienne.

(*Soc. de Biol.*).

**Modifications évolutives et régressives de la bourse de Fabricius.**

Après avoir débuté à l'état d'ébauches épithéliales (premier stade), les follicules de la bourse de Fabricius se transforment en tissu réticulé et vasculaire (deuxième stade). Au fur et à mesure que les lymphocytes et les hématies sont emportés par le courant lymphatique ou sanguin, la trame réticulée se modifie elle-même et élabore un tissu conjonctif qui finit par constituer, chez l'oiseau adulte, une masse de tissu nodulaire (troisième stade).

(*Soc. de Biol.*).

**Résultats comparés de la méthode de Wassermann et d'une méthode de simplification pratique.**

MM. René Bénard et E. Joltrain ont pratiqué, sur 71 sérums, le séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Wassermann et un procédé dérivé de la méthode de Hecht, analogue à celle qu'ont récemment décrite MM. Sahrazès et Eckenstein.

On mélange au même moment un antigène dosé, composé d'extrait alcoolique de cœur humain, de sérum frais et des globules de mouton. Un tube témoin ne contient pas d'antigène. Au bout de 20 minutes environ, il y a hémolyse dans le tube témoin; la réaction est terminée. Les deux méthodes ont donné des résultats identiques dans 62 cas; 8 fois cette méthode simplifiée était à elle seule, insuffisante. Elle donna également une fois un résultat négatif, alors que la méthode de Wassermann donnait un résultat positif. Le pourcentage de 1,4 pour 100 de cas défavorables à cette méthode, permet de conclure à son emploi en raison de sa simplicité.

(*Soc. de Biol.*).

**Action expérimentale du sérum antiméningococcique sur le méningocoque.**

MM. Briot et Dopter rappellent leurs expériences antérieures montrant qu'un mélange de sérum antiméningococcique et de méningocoque, introduit dans les veines de cobaye neuf, amène chez ce dernier des accidents immédiats, entraînant parfois la mort de l'animal. Ils présentent de nouveaux faits où ils ont constaté des troubles identiques quand l'injection du sérum est pratiquée quelques heures avant l'injection de méningocoques.

Par contre, si l'injection de microbes est pratiquée quelques minutes seulement avant l'injection du sérum, aucun accident ne se produit. L'explication de ce fait peut être trouvée dans les constatations fournies par l'examen direct des frottis et des cultures des viscères du cobaye qui n'a reçu dans les veines que l'émulsion microbienne. On observe en effet que quelques minutes après l'injection, les méningocoques se réfugient en grande partie dans les viscères, le foie et la rate notamment, où ils sont inclus dans les phagocytes, ils sont donc ainsi protégés contre l'action directe du sérum.

C'est ce qui se passe en réalité chez l'homme, où le méningocoque est inclus dans les cellules du pus céphalo-rachidien. Le sérum ne présente donc pas un contact direct avec ce germe et ne saurait déterminer les accidents qu'on observe chez le cobaye. (*Soc. de Biol.*).

**Causes de la toxicité du sérum sanguin des urémiques.**

Pour M. Cawadias, le sérum des urémiques chauffé à 55 degrés perd sa toxicité. Ceci indique que dans cette toxicité le rôle principal est tenu par les albumines, les colloïdes du sérum. L'expérimentation et la réaction de Bordet et Gengou ne nous permettent pas d'affirmer l'intervention dans l'urémie d'une substance albuminoïde étrangère, d'une néphrotoxine, par exemple. Dans l'urémie il se fait des modifications physico-chimiques des colloïdes normaux du sérum, et ce sont ces modifications qui tiennent sous leur dépendance les particularités (hypertoxicité) qu'on trouve lorsqu'on étudie expérimentalement le sérum des urémiques. (*Soc. de Biol.*).

**Substances hypotensives des capsules surrénales.**

D'après M. Roger, à côté de l'adrénaline qui élève la tension artérielle, les capsules surrénales renferment plusieurs substances hypotensives.

L'auteur signale d'abord un pigment rouge, dialysable, soluble dans l'alcool, donnant avec le perchlorure de fer et l'acide osmique les mêmes réactions que l'adrénaline. Injecté dans les veines, ce pigment amène des abaissements de pression très manifestes, mais passagers.

A côté du pigment rouge existe un pigment noir, non dialysable, qui détermine des hypotensions assez marquées et assez durables.

On peut encore extraire des capsules surrénales des matières grasses, solubles, les unes dans le chloroforme, l'acétone ou l'éther, les autres dans l'alcool amylique. Toutes ces graisses, injectées à l'état d'émulsions très fines, abaissent la pression. Ce sont les graisses solubles dans l'acétine qui sont les plus actives. Introduites à doses suffisantes, elles peuvent faire tomber la pression à 7 ou 8 millimètres. L'animal est sur le point de succomber. Il suffit alors d'injecter une trace d'adrénaline pour relever la pression et empêcher la mort.

Les capsules surrénales renferment donc des substances antagonistes, dont les effets peuvent jusqu'à un certain point se combattre et se neutraliser. (*Soc. de Biol.*).

## REVUE CLINIQUE

**Pneumonie bilieuse et Pneumonie avec ictère,** par le Professeur U. Monnier (*Gaz. méd. de Nantes*).

Nous avons reçu, dans nos salles, au cours le ce mois de juin, sept pneumonies. La rareté de la pneumonie, à cette époque de l'année, m'amène à vous signaler tout d'abord la singularité de ce fait étiologique. Autre anomalie que je vous indique également : malgré leur début classique par la brusquerie de leurs symptômes, elles ont toutes ou à peu près toutes été marquées par l'absence d'une défervescence franchement rapide ; la plupart d'entre elles ont eu ou ont encore une convalescence que des phénomènes de bronchite ont surtout caractérisée. J'attendrai, pour vous parler des relations de la bronchite avec la pneumonie, que nous ayons assisté à la terminaison de ces bronchites.

Je veux seulement, en ce moment, vous entretenir de celle de ces pneumopathies qui est entrée, la dernière, dans notre service.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, qui le samedi 11 juin se sentit après dîner, tout d'un coup, courbaturée. Elle s'alite : puis, au cours de la nuit, est prise d'une toux douloureuse.

Le lendemain 12 juin, apparaissent des douleurs à siège épigastrique, avec irradiations vers la région du foie et vers l'abdomen.

Le 13, les urines sont très foncées, la toux devient plus fréquente et plus déchirante. Ce jour-là, la malade rend des crachats jaunes et épais.

Le 14, épistaxis qui se répète le lendemain; une conjonctivite se déclare.

Rien de particulier les jours suivants. Mais l'amélioration ne se produisant pas, la malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Nous l'avons examinée ensemble le 17 juin.

Ce qui nous frappa tout d'abord, ce fut l'ictère, ictère peu foncé mais généralisé, avec teinte particulièrement jaune des sclérotiques. Les urines étaient nettement ictériques, et les fèces totalement décolorées.

Le foie, douloureux, débordait les fausses côtes de deux travers de doigt ; la rate se percutait aisément.

Mais cet ictère ne pouvait guère donner l'explication des phénomènes de pneumopathie qui avaient marqué le début de la maladie, pas plus qu'ils ne rendaient compte de la dyspnée si marquée qu'éprouvait la malade.

La raison nous en fut donnée par l'auscultation pulmonaire qui nous révéla l'existence d'une pneumonie du sommet droit, à souffle nettement axillaire accompagné de râles crépitants.

L'aspect des crachats confirmait l'hépatisation pneumonique : ils étaient adhérents, quelques-uns rouillés, d'autres, les plus nombreux, avaient une teinte verte rappelant la coloration du vomissement bilieux.

Rien au cœur : un peu d'albumine dans les urines.

Au moment où nous l'examinions, la malade attira notre attention sur une éruption, dont le début remontait, disait-elle, au 11 juin. Cette éruption, en partie disparue, avait surtout été, dans le principe, localisée sur les bras, sur les jambes, et aussi sur les mains, particulièrement au poignet et dans les espaces interdigitaux. Cette dermatose qui se serait complétée par son extension à la face et aux paupières aurait été faiblement prurigineuse. Il n'en subsistait, au moment de notre examen, que des traces sous forme de plaques rouges, non surélevées.

Trois symptômes, en résumé, doivent retenir notre attention : la dermatose, la pneumopathie et l'ictère.

Je serai bref sur l'origine de l'éruption. Vous n'ignorez pas que l'ictérique est très souvent atteint de prurigo et que le prurit des ictériques se caractérise par des démangeaisons trop souvent intolérables et rebelles à tout traitement. Une des conséquences habituelles de ce prurit est l'apparition de lésions de grattage. Mais ces auto-inoculations cutanées lorsqu'elles existent, ne revêtent guère la forme érythémateuse et puis elles sont uniformément répandues partout sans localisation. J'ajoute que les traces de coups d'ongle les font reconnaître aisément. Ici rien de semblable. Nulle trace de lésions prurigineuses par cette raison, spontanément donnée par la malade, qu'elle a subi peu de démangeaisons ; la peau n'est pas rayée de traces de coups d'ongle : enfin il existe une localisation de la dermatose qui, loin d'être généralisée à toute l'étendue des régions ictériques, c'est-à-dire de la presque totalité du tégument cutané, affecté assez spécialement la peau des extrémités supérieures et inférieures, et la région supérieure de la face.

J'ai envisagé la possibilité d'une éruption d'origine parasitaire. Etant donnée la topographie des manifestations cutanées dans les régions qu'affectionne d'habitude l'Acare, je me suis demandé un instant si la gale ne pouvait être mise en cause. Et, cela, malgré l'absence du prurit habituel et des lésions para-galeuses qui en sont la suite ordinaire. On sait, en effet, que, lors d'une infection, les agents parasitaires subissent une diminution de leur vitalité, le sarcopte, par exemple, ne creuse plus de nouveaux sillons : il semble avoir définitivement quitté son champ d'action. Pure illusion d'ailleurs, et une fois passée la période aiguë de l'infection, le parasite reprend son activité première. Cette hypothèse était-elle plausible chez notre malade? Je ne le crois pas. Car sa dermatose ne rappelait, en aucune façon, les lésions cutanées soit galeuses, soit para-galeuses. Nulle part trace de sillons ou de ces pyodermites si fréquentes au cours de la gale.

Je crois plutôt qu'il s'agit d'une de ces éruptions symptomatiques de certains états infectieux, que l'appellation d'érythème polymorphe ne précise guère au point de vue pathogénique mais qui cependant, par ses connexions avec l'urticaire, me semble suffisamment traduire la physionomie clinique de cette dermatose. D'autant plus que l'on voit souvent, au cours de ces manifestations cutanées, une atteinte des paupières, des conjonctives même : la conjonctivite de notre malade ne me semble pas avoir d'autre cause. C'est donc, en définitive, un érythème symptomatique de l'infection dont je dois maintenant chercher à spécifier la cause.

Cette infection était d'une évidence manifeste Nous étions en présence d'une pneumonie classique du sommet droit, avec le cortège habituel du souffle tubaire et des râles crépitants, même avec l'expectoration adhérente des pneumoniques les plus francs, expectoration composée en partie des crachats rouillés classiques, et surtout de crachats ayant, ainsi que je l'ai dit, l'aspect vert des vomissements bilieux.

L'albumine venait encore s'ajouter au complexus symptomatique de l'infection pneumonique : vous connaissez la grande fréquence, sinon la constance de l'albumine en pareil cas.

Jusqu'ici rien qui ne soit habituel pour une pneumonie.

Mais ce qui est moins classique, c'est cet ictère qui a accompagné, presque dès le début la pneumonie et qui, aujourd'hui encore, coexiste avec elle.

La jaunisse est nette, généralisée, les téguments d'un jaune doré.

C'est un ictère par rétention qui permet d'emblée d'éliminer l'ictère hémolytique dont on s'occupe tant aujourd'hui en pathologie hépatique. Les seuls signes cliniques permettent cette élimination : celui-ci, en effet, est acholurique et les fèces ne sont pas décolorées ; celui-là est caractérisé par des urines nettement bilieuses et par la décoloration totale, tout au moins intermittente des fèces.

Pourquoi donc cet ictère lors d'une pneumonie ? Quelles sont les relations qui existent entre l'un et l'autre ? La solution de ce problème constitue précisément le principal intérêt du cas qui nous occupe : elle se lie étroitement à l'histoire du foie pneumonique dont je désire vous exposer les traits essentiels.

Le foie est presque toujours atteint chez le pneumonique. Picot (de Bordeaux), déclarait, au Congrès de Médecine de Toulouse (1902), que le foie, dans la pneumonie, est atteint d'insuffisance légère ou grave dans le tiers des cas. Si j'en juge d'après mes notes et mes souvenirs de clinique, je trouve cette proportion bien modeste. J'ai, en effet, dans la pneumonie, presque toujours trouvé, tout au moins au début, le foie débordant les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. J'irai volontiers jusqu'à prétendre que le foie est aussi souvent lésé que les reins qui, vous ai-je dit, laissent, d'une façon à peu près constante, transsuder l'albumine.

D'ailleurs, l'atteinte du foie ne se traduit pas seulement par l'augmentation de volume de cet organe. Avec elle ou sans elle coexistent des signes s'insuffisance hépatique qu'il faut savoir rechercher en clinique; c'est le disque d'urobiline que met en évidence, en même temps que l'albumine, l'acide azotique ; c'est la réaction soufrée de Hay, indice des acides et des pigments biliaires dans les urines.

La grande fréquence de l'insuffisance hépatique dans la pneumonie contraste avec la rareté relative de l'ictère.

Doit-on dissocier les pneumonies avec ictère des pneumonies dites bilieuses des anciens médecins ? Si l'on s'en rapporte à la description que le clinicien viennois Stoll donna, en 1777, lors d'une épidémie, cette pneumonie bilieuse se caractériserait surtout par des phénomènes d'embarras gastrique, autrement dit par de la diarrhée, des vomissements et des douleurs épigastriques, et également par de l'ictère.

Aussi, certains médecins, Gaillard, en particulier, ont-ils cru devoir substituer à l'ancienne dénomination de pneumonie bilieuse celle

de pneumonie avec etat gastrique. Mais, je vous le demande, des phénomènes gastriques aussi accentués peuvent-ils se passer sans que le foie soit atteint ? Ou plutôt ne sont-ils pas la conséquence directe des troubles de ce parenchyme, même sans apparence d'ictère ? tant il est contestable que chaque jour s'accroit le nombre des cas de cholémie anictérique et acholurique, décelables par les procédés modernes d'investigation. Et d'ailleurs, si vous lisez les observations anciennes de pneumonies bilieuses, vous y verrez que souvent l'ictère est signalé au milieu des signes d'embarras gastrique. C'est si vrai que dans son admirable *Traité de la Pneumonie*, Grisolle, au chapitre des Pneumonies bilieuses, déclare « qu'il y a une variété de pneumonie dans laquelle les symptômes de la phlegmasie pulmonaire coexistent avec cet ensemble de phénomènes qu'on connait sous le nom d'état bilieux ou gastrique. La face est jaunâtre ou vert pâle... Quelques malades évacuent des matières bilieuses qui les soulagent ... » A quoi bon, alors, distinguer un type pneumonique bilieux d'un type ictérique ? Pneumonie bilieuse et pneumonie avec ictère appartiennent au même groupe.

Stoll est le père de la pneumonie bilieuse ; mais, avant lui, Bianchi (1725) l'avait signalée. Laënnec, au dire de Grisolle, en avait vu plusieurs cas lorsqu'il suivait la clinique de Corvisart et déclarait, à la fin de sa carrière, que depuis 23 ans il n'en avait plus rencontrés.

Grisolle, que je viens de citer, consacre un important chapitre à la pneumonie bilieuse.

Parmi les travaux contemporains les plus intéressants, je cite la thèse de Grenet, de 1899, sur le foie pneumonique.

Plus récemment, des publications ont paru ayant trait à la pathogénie de l'ictère pneumonique; je vous signale celles d'Abrami, de Widal, Lemierre, etc.

Que faut-il entendre par pneumonie bilieuse ? Une pneumonie, ou plus exactement, d'après la pathogénie actuelle (dont la pneumonie bilieuse est une démonstration remarquable) une pneumococcémie avec atteinte du poumon et du foie, c'est-à-dire avec prédominance de signes pulmonaires, bien entendu, mais aussi de signes d'embarras gastrique que caractérisent surtout les troubles de la sécrétion biliaire.

La fréquence de ces pneumonies est d'environ 10 à 15 0/0, relativement aux autres pneumonies.

Deux médecins américains, Potter (1834), et Garvin, en ont signalé quelques cas chez les enfants et les vieillards. On l'observe surtout à l'âge moyen de la vie, entre 20 et 57 ans.

Détail important : rarement isolées, elles se voient plutôt à l'état épidémique ; il n'est peut-être pas inutile de faire observer que précisément on voit presque toujours évoluer en même temps plusieurs cas d'ictères infectieux.

La région du poumon, siège de l'hépatisation, est variable : sur 10 observations, Grisolle a noté 6 pneumonies droites, 4 gauches ; six fois il s'agissait de pneumonies du sommet. Petrow, sur un relevé de 63 cas de pneumonies bilieuses, a trouvé 27 fois la pneumonie à droite, dont 23 pneumonies du lobe inférieur, avec six fois seulement l'ictère.

La date de l'apparition de l'ictère n'est pas fixe. Il se montre habituellement à la fin du 2e jour ou dans le courant du 3e; c'est le cas de notre malade. Cet ictère est plus ou moins foncé, mais rarement jaune verdâtre. Les fèces peuvent être, comme dans notre cas, complètement décolorées, ou bien elles sont franchement bilieuses. L'ictère pneumonique est sujet à certaines irrégularités que je dois vous signaler. C'est ainsi qu'on a pu l'observer en dehors de tout signe de pneumonie, comme s'il s'était agi d'un ictère infectieux sans étiquette étiologique précise. Ainsi en est-il, en particulier, des observations de Le Damany et Duflocq, observations ayant trait à des pneumonies centrales avec ictère. Dans d'autres circonstances, l'ictère n'apparait qu'au 5e ou 6e jour de la pneumonie: Grisolle l'a vu survenir du 5e au 9e jour.

La marche de l'ictère pneumonique n'est pas uniforme. Habituellement il diminue et disparait en même temps que diminuent et disparaissent les lésions d'hépatisation pulmonaire, dont l'évolution n'est, d'ailleurs, en rien changée par l'ictère. C'est bien la marche favorable que parait présenter l'ictère chez notre malade. Grisolle a remarqué, dans 3 cas, la décroissance de l'ictère à la période d'état; et, dans un cas. sa persistance et même son augmentation au moment de la résolution pneumonique. Telle est ordinairement la marche de l'ictère, dans les cas bénins. Dans les cas graves, tantôt l'ictère diminue, tantôt il augmente à la période terminale de la pneumonie.

La durée de cet ictère oscille entre 4 et 15 jours si la terminaison est favorable; cette durée peut être augmentée en cas d'issue fatale.

La division clinique des ictères pneumoniques en cas bénins et en cas graves conduit tout naturellement à étudier le pronostic des pneumonies bilieuses. Leur gravité ne tient nullement au siège de l'hépatisation pneumonique, pas même à la localisation de celle-ci au sommet. Je ne veux certes pas enlever de vos esprits la notion de la gravité des pneumonies du sommet. Encore est-il juste de vous faire observer que c'est plutôt le terrain que le siège qui en donne l'explication. Les alcooliques, les vieillards cachectiques doivent à l'alcoolisme, à leur cachexie, cette localisation. Mais quand il s'agit d'enfants, où le siège axillaire est la règle, le pronostic n'est plus aussi sombre. Aussi, bien que notre malade ait une pneumonie du sommet, son jeune âge me porte à croire que malgré la localisation au sommet, son affection ne sera pas très sérieuse.

Ni l'intensité de l'ictère, ni l'existence d'un ictère par rétention ne sont plus des caractères particuliers de gravité. Non ; c'est l'état antérieur de la glande hépatique qui est vraisemblablement la pierre de touche du pronostic. Précisément, notre jeune fille a d'excellents antécédents, jamais elle n'a été malade. On peut donc en conclure qu'il s'agit d'une atteinte primitive du foie sous l'influence d'une septicémie pneumococcique et que, par suite, notre malade bénéficiera de la bénignité des cas favorables de pneumonie bilieuse.

Assurément tous les faits n'ont pas cette terminaison heureuse, témoin un cas que j'ai retrouvé dans mes notes et que je pus suivre pendant mon internat dans ce service, alors dirigé par le Professeur Trastour. Il s'agissait d'un alcoolique entré avec une pneumonie du sommet, accompagnée d'ictère, sans décoloration des fèces, avec crachats bilieux considérables. Le malade mourut en quelques jours au milieu de symptômes nerveux très accusés et de phénomènes d'intolérance gastrique rappelant les caractères de la pneumonie bilieuse des anciens. On pourrait, je crois, résumer ainsi les caractères qui impriment aux pneumonies bilieuses leurs caractères de gravité. Atteinte antérieure du foie comme chez cet alcoolique, vomissements plus ou moins bilieux, troubles nerveux, purpura comme dans quelques observations, albumine; tel est l'ensemble de phénomènes qui devraient, en cas de pneumonie bilieuse, vous porter à assombrir le pronostic; on dirait, n'est-il pas vrai, le syndrome de l'ictère grave.

Le diagnostic des pneumonies bilieuses n'offre, en général, aucune difficulté ; il repose, évidemment, sur la coexistence d'une pneumonie et de l'ictère.

Dans les cas rares où la pneumonie bilieuse débuterait par de l'ictère sans que l'auscultation révélât le moindre signe d'hépatisation, le diagnostic serait évidemment impossible ; tout au plus, un ictère à début brusque, avec température d'emblée à 40°, frisson solennel, et dyspnée, pourrait-il y faire songer, mais bien timidement. C'est donc avec toutes les causes d'ictères infectieux que le diagnostic resterait en suspens, et je ne suis pas fâché d'être amené à vous déclarer que ce n'est plus aujourd'hui faire un diagnostic véritable que de dire : ictère infectieux, il faut ajouter : ictère infectieux typhique, paratyphique, pneumonique, sans parler des autres causes étiologiques que l'avenir pourra préciser.

N'oubliez pas aussi que la pneumonie bilieuse peut évoluer sous les traits de l'ictère grave: vous ne vous laisserez pas impressionner par les seuls signes hépatiques au détriment des signes pneumoniques qui pourront être la vraie cause du syndrome.

Je vous rappelle enfin la notion clinique importante de l'expectoration qui, dans beaucoup de pneumonies bilieuses, pourra vous être d'un grand secours pour le diagnostic.

Les théories n'ont pas manqué pous expliquer la pathogénie de la pneumonie bilieuse.

Jaccoud et Lehmann en faisaient la conséquence d'une congestion du foie, celle-ci étant due à la suppression, par la pneumonie, d'une région plus ou moins vaste du champ de la circulation pulmonaire. Il s'ensuivait, disaient ces auteurs, une stase sanguine dans la veine cave inférieure et la veine sus-hépatique, d'où ictère. Cette théorie ne résiste pas à l'examen des faits, de ceux, en particulier, qui ont trait aux pneumonies bilieuses à localisation pulmonaire gauche.

Pour cette même raison, nous devons rejeter l'hypothèse émise par Bouillaud de la propagation de l'inflammation pulmonaire au foie.

Banti a émis l'idée que la pneumonie bilieuse était due à l'action hémolytique du pneumocoque ; la destruction des hématies par ce germe troublerait la sécrétion biliaire : les pigments sanguins ainsi modifiés passeraient dans le sérum et la bile. Les expériences de Petrow et Grenet contredisent absolument cette hypothèse.

Petrow surtout a été le défenseur d'une théorie plus séduisante : pour lui, la pneumonie bilieuse est due à une angiocholite. Mais il y a des angiocholites sans ictère, et des ictères sans obstruction angiocholitique.

Le meilleure de toutes les explications et probablement la plus exacte, est celle qui fait de la pneumonie bilieuse une conséquence de l'infection hépatique. Depuis longtemps déjà Andral et Monneret en particulier, en avaient eu l'idée ; pour eux, hépatite et pneumonie étaient dues à la même cause. Les recherches cliniques anatomo-pathologiques et bactériologiques contemporaines n'ont fait que donner à cette hypothèse une consécration qu'on a tout lieu de croire définitive.

Je dois citer à ce sujet les travaux de Quénu, Joltrain et ceux qui datent d'hier de Lemierre et Abrami. La notion qui découle de leurs études est celle qui domine l'histoire des ictères infectieux. La voici en quelques mots. L'ictère pneumococcique, comme tout ictère infectieux est fonction d'hépatite et non d'angiocholite. C'est l'expression de la localisation hépatique de la pneumococcémie; ce sont, en un mot, non pas les lésions des canaux biliaires qui créent l'ictère, mais des lésions cellulaires, en tout cas des lésions parenchymateuses. Là où règne encore une incertitude, de peu de durée sans doute, c'est sur la nature exacte de ces lésions : dissociation des travées hépatiques, lésion du protoplasma, compression des ca-

naux d'origine par la cellule hépatique tuméfiée ou par les vaisseaux sanguins distendus : aucun de ces désordres ne peut encore être précisé. Mais c'est bien là que gît la solution du problème pathogénique.

Le traitement des pneumonies bilieuses est le même que celui de toute pneumonie. Vous m'avez vu traiter notre malade par les enveloppements. J'estime cependant qu'il y a lieu de porter une attention particulière sur les troubles digestifs. Aussi ai-je donné quelques laxatifs salins.

En aucun cas ne donnez les éméto-catharthiques que prescrivaient surtout dans les pneumonies bilieuses les médecins de l'époque rasorienne et que j'ai vu manier ici même par des mains habiles. Je n'ai gardé que le souvenir de la dépression occasionnée par leur emploi : l'ipéca est un médicament éminemment déprimant. A coup sûr il ne jugule point la pneumonie comme le prétendaient les anciens : il ne diminue point sa durée et ne met point à l'abri des complications.

Le régime doit être le lait, ou tout au moins à base de régime lacté.

Telle est, Messieurs, la pneumonie bilieuse. Je suis heureux de l'occasion qui s'est offerte à moi de vous en exposer l'histoire. En plus de l'intérêt qui s'attache toujours à un fait clinique assez rare, l'étude de cette observation nous offre un enseignement de premier ordre, doctrinal, pourrais-je dire, puisque d'un côté la pathogénie de la pneumonie bilieuse m'a permis de vous signaler la notion actuelle des ictères infectieux et que d'autre part, découle de cette notion la réalité de la pneumonie envisagée non plus comme maladie du poumon, mais comme maladie générale, comme une septicémie à localisation pneumococcique, sans doute, mais aussi à localisation hépatique.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Technique des injections médicamenteuses intra-trachéales,** par le Dr Quinson (*Journ. des méd. prat. de Lyon et de la région*).

L'idée d'employer la trachée comme voie d'introduction des médicaments dans un poumon malade ne date pas d'hier : en 1854, déjà Green (de New-York), préconisait les injections intra-trachéales de solutions de nitrate d'argent à 10 pour 100 dans les cas de tuberculose pulmonaire. Mais c'est surtout depuis que Lermoyez en a précisé et simplifié la technique que ces injections sont entrées dans la pratique laryngologique courante.

Le procédé de Lermoyez, dit *procédé laryngologique*, consiste à faire pénétrer dans le vestibule laryngé, sous le contrôle du miroir laryngien, le bec recourbé d'une canule et à pousser l'injection au travers de la glotte au moment d'une inspiration profonde.

Ce procédé excellent nécessite cependant une habitude, un tour de main que ne peuvent guère acquérir que les spécialistes ; aussi Mendel a-t-il eu l'idée de simplifier encore cette petite opération de façon à la mettre à la portée de tout praticien.

Mendel a basé sa méthode sur les considérations suivantes. L'œsophage et le larynx sont juxtaposés et s'ouvrent l'un et l'autre dans le vestibule du pharynx, mais, et cela en raison même de leur fonction, leur situation respective est indépendante. En effet, le tube digestif est toujours fermé à l'état de repos, seul l'orifice de la glotte est béant. L'œsophage étant fermé et la glotte ouverte, c'est donc le long de la paroi du pharynx que glisse l'air appelé par la respiration nasale, pour arriver ensuite dans la trachée. Que l'on injecte un liquide contre cette même paroi du pharynx, il suivra la même voie, du fait de la pesanteur d'abord, du fait aussi de l'aspiration thoracique ; il se dirigera vers la glotte ouverte, puisque l'œsophage garde ses parois accolées.

Pour faire l'injection du liquide, on peut s'y prendre de deux manières, suivant la quantité de liquide à faire pénétrer, mais, dans l'un et l'autre cas, on ne se sert pas du miroir.

Le malade étant assis, on saisit la langue que l'on maintient hors de la bouche et l'on introduit la cannle montée sur la seringue laryngée ordinaire. Si l'on n'a que 1 centimètre cube à faire pénétrer, le *procédé médian* est suffisant. La canule passe sur la langue, sans la toucher, le bec est poussé délicatement au-dessus de l'épiglotte, à environ 2 centimètres de la paroi postérieure du pharynx, et l'injection est alors envoyée sur cette paroi.

Lorsque le liquide dépasse 1 à 2 centimètres cubes, il faut recourir au *procédé latéral;* sinon, par l'injection médiane, on risquerait de le voir séjourner dans l'encoche formée par la paroi postérieure du pharynx et celle du larynx, d'où il serait rejeté ou même entraîné dans l'estomac par un mouvement de déglutition. C'est ce procédé qu'emploie le plus généralement M. Quinson, médecin du sanatorium Bellecourbe, à Hauteville (Ain), auquel nous empruntons ces détails de technique. Il se sert d'une seringue laryngée à deux oreilles, et d'une contenance de 3 centimètres cubes; elle est terminée par un embout analogue à celui des seringues ordinaires de Pravaz, permettant de fixer à frottement une des petites canules dont il a été parlé. Inutile de dire que chaque malade a sa canule qui est bouillie et désinfectée au préalable, comme il convient, et flambée au moment de l'opération. Le sujet est dans la même position que précédemment, et la canule est introduite dans la bouche sur un des côtés, et de façon à ce que le dos de la courbure vienne appuyer contre le pilier ; le bec regarde alors directement la paroi pharyngée du côté opposé, et c'est contre cette paroi latérale que l'injection est poussée à hauteur du sillon glosso-épiglottique. Le liquide descend le long de cette paroi, gagne la paroi postérieure et pénètre dans la trachée.

Dans les deux cas, il faut opérer pendant une large inspiration, de façon à aspirer l'injection par la glotte ouverte. Pendant toute la durée de l'injection et une quinzaine de secondes ensuite, on maintient la langue hors de la bouche, de façon à éviter un mouvement intempestif de déglutition.

Telle est la technique des injections intratrachéales de Mendel qui met à la portée de tout praticien une méthode thérapeutique d'indications variées, mais dont l'application au traitement de la tuberculose laryngo-pulmonaire en particulier a donné déjà, en de nombreuses mains, les résultats les plus encourageants, tant au point de vue de la cicatrisation locale que du relèvement de l'état général.

Le liquide le plus volontiers employé dans ces cas par M. Quinson, c'est l'huile eucalyptée-goménolée à 5-15 pour 100, additionnée parfois de créosote à la dose de 2 gr. 50 à 5 pour 100 ou de menthol à 10 pour 100: dans les formes laryngées, il emploie également très volontiers les injections de Sanas ou extrait glycériné d'huile de foie de morue, qu'il alterne avec la solution huileuse goménol-eucalyptolmenthol. Il commence, en général, par 1 injection de 3 centimètres cubes de solution faible; le lendemain, il fait deux injections de 3 centimètres cubes chaque, et, les jours suivants et quotidiennement, 3 injections de 3 centimètres cubes. Peu à peu, il augmente le titre de la solution jusqu'à arriver à 5 pour 100 de goménol-eucalyptol, par exemple.



## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**Pronostic et traitement de la coxalgie fistulée,** par le Dr J. Doche, d'Arcachon (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

I

*Un abcès de coxalgie s'est fistulisé, la tuberculose fermée est transformée en tuberculose ouverte. Faut-il toujours porter un pronostic fatal ? Peut-on éviter l'infection secondaire, tarir la fistule, et par quels moyens ?*

En présence d'une coxalgie fistulisée, nous possédons divers éléments pour guider notre pronostic :

En premier lieu, la *cause de la fistulisation.* Une fistule consécutive à un trajet de ponction est infiniment moins grave et plus curable que celle qui succède à l'ouverture chirurgicale au bistouri ou encore qu'une fistulisation spontanée.

*L'âge du malade.* La coxalgie fistuleuse guérit, en règle générale, chez les enfants âgés de moins de cinq ans (Ménard). Au-dessus de cet âge, le pronostic devient d'autant plus grave que le sujet approche de l'adolescence.

La *situation sociale du malade.* La fistulisation est plus grave chez les pauvres que dans la classe aisée, pour des raisons générales de misère physiologique.

*L'évolution antérieure* de la maladie. Une coxalgie qui évolue avec des phénomènes aigus et fait hâtivement des abcès, s'accompagne le plus souvent, après fistulisation, d'une suppuration profuse et d'une réaction fébrile grave.

La *multiplicité des lésions tuberculeuses*, la bilatéralité de la coxalgie, son association avec un mal de Pott, ou une tumeur blanche du genou. Elles entraînent habituellement la même évolution rapide de l'abcès, qui fistulise généralement malgré les ponctions, et elles doivent faire réserver le pronostic.

*L'abondance de la suppuration.* Une fistule qui donne un faible écoulement est une fistule qui a de grandes chances de guérison. Des pansements abondamment souillés sont de moins bon augure.

*L'odeur du pus.* Un pus sans odeur indique l'absence d'infection ou au moins une infection cliniquement négligeable. Un pus fétide indique que une coxalgie infestée secondairement avec toutes ses conséquences.

La *réaction fébrile.* Une coxalgie fistulisée qui reste apyrétique guérit. La fièvre la plus légère indique l'infection; son degré en traduit l'intensité. Sa présence doit faire porter un pronostic très réservé. La persistance d'une hyperthermie élevée doit faire désespérer de la guérison.

*L'état général.* Un coxalgique qui, malgré sa fistule, conserve sa bonne mine, mange bien et *ne maigrit pas*, a toutes chances de faire les frais de sa suppuration. Quand, au contraire, le faciès pâlit, que l'appétit disparaît et que le malade maigrit, il faut prévoir une terminaison fatale.

II

Ces éléments de pronostic connus, étudions maintenant comment leur groupement, au cours de l'évolution d'une coxalgie fistulisée, pourra nous faire prévoir une issue heureuse ou uns issue fatale.

A. Quand une coxalgie fistulisée *guérit*, cette guérison peut être espérée d'une manière plus ou moins rapide :

*a) Guérison rapide.* — Nous pouvons prévoir cette évolution aux caractères suivants :

1° La fistule donne peu et le pus n'a pas d'odeur;

2° Il n'y a pas de fièvre;

3° Il n'y a pas d'amaigrissement ; l'état général reste bon.

Petit à petit l'écoulement diminue, s'arrête, pour reprendre à plusieurs reprises; parfois, une deuxième fistule apparaît sur le même trajet, mais la suppuration finit par se tarir complètement, et au bout de 3 à 12 ou 15 mois la guérison est absolue et se maintient définitivement.

Cette heureuse évolution s'observe de préférence, nous l'avons dit, chez les tout jeunes enfants et dans les coxalgies fistulisées par un orifice de ponction.

*b) Guérison tardive.* — D'autres fois, malgré une suppuration abondante et une réaction fébrile intense, l'*intégrité de l'état général* peut à moins brève échéance nous faire espérer la guérison : la mine reste bonne, l'appétit et l'embonpoint sont conservés. Au bout de plusieurs semaines, la fièvre commence à baisser, la suppuration diminue d'abondance; elle passe, sans se tarir définitivement, par des phases de suppression complète suivies de reprises, mais ce n'est qu'au bout de longues années qu'on la voit définitivement disparaître.

B. A la vérité, ces cas heureux ne sont pas la règle, et d'*une manière générale la fistule mène à la mort* à brève ou longue échéance.

*a) Fistulisation mortelle à brève échéance.* — C'est l'éventualité la plus fréquente; elle se caractérise :

1° Par une suppuration profuse et fétide;

2° Par une véritable fièvre de septicémie peu élevée le matin (37°2 à 37°5), très élevée le soir (39° à 40°);

3° Par l'apparition de nouveaux abcès sur le même trajet et en des régions différentes et par la multiplication des fistules;

4° Par des troubles de l'état général : pâleur cireuse de la face, perte de l'appétit, puis amaigrissement; plus tard : diarrhée, albuminurie, gros foie. Finalement, mort dans la cachexie au bout de quelques mois.

*b) Fistulisation mortelle à longue échéance.* — D'autres fois, plus rarement, la fistule tue en plusieurs années. Ici, la suppuration est moins abondante, et la fièvre, moins élevée, oscille autour de 38°5; l'état général se maintient bon de longs mois, mais à la longue l'infection du trajet amène la formation d'abcès secondaires et la multiplication des fistules ; la persistance de la suppuration finit par retentir sur l'état général, qui faiblit, et par entraîner les dégénérescences du foie et du rein. Au bout de plusieurs années la mort survient dans le marasme et la cachexie.

### III

*Comment traiter une coxalgie fistulisée ?*

Nous envisagerons successivement le cas où la fistule s'est faite par un trajet de ponction et celui où elle a succédé à une ouverture chirurgicale ou spontanée.

A. — Traitement de la fistulisation d'un orifice de ponction.

Un abcès est régulièrement traité par la méthode des ponctions. En refaisant le pansement, on s'aperçoit que celui-ci est souillé de pus et qu'un des orifices de ponction s'est fistulisé. L'incident est bénin, *à la condition de redoubler de précautions aseptiques.* On doit envisager deux éventualités, suivant que la fistule s'est faite mécaniquement, par excès de tension du contenu, on par envahissement bacillaire du trajet.

Premier cas : *Fistule d'origine mécanique.* — On a commis la faute de ponctionner en un point aminci, au centre de l'abcès ; la fistule s'est produite dès la réapparition d'une certaine quantité de liquide dans la poche purulente, par excès de tension. On se propose de favoriser la formation d'une croûte et la cicatrisation du trajet en supprimant la pression du liquide sur la croûte en formation. Pour cela, il faut penser à la poudre de Lucas-Championnière, sans iodoforme, ou bien au collodion ; ponctionner l'abcès *(sans injection modificatrice)* tous les jours ou tous les deux jours, selon les règles, à sa périphérie jusqu'à ce que la cicatrisation de l'orifice fistuleux soit suffisante pour lui permettre de résister à la pression du liquide; on espace alors de plus en plus les ponctions, et, si la région a été te nue rigoureusement aseptique et soigneusement protégée par un large pansement, on a la satisfaction de voir, en règle générale, la guérison de la fistule survenir dans un laps de temps qui varie entre quelques jours et quelques semaines.

Deuxième cas : *Fistule par envahissement bacillaire.* — La ponction a bien été faite à la périphérie, mais pendant ou après l'extraction du trocart, des fongosités se sont engagées dans le trajet et une véritable culture bacillaire s'y est développée : du pus s'est écoulé ou des fongosités font saillie à l'orifice, car il s'agit en général d'abcès à contenu peu liquide, abcès très fongueux et à tendance envahissante. Il faut opposer à ces fistules la méthode de l'expression (Ménard). Tous les jours, puis tous les deux jours, plus tard tous les trois, quatre, cinq jours, on exprime énergiquement du fond vers la fistule la collection purulente et le trajet fistulisé et on en fait sortir ainsi des produits caséeux et des fongosités en grand nombre. Les produits exprimés diminuent rapidement de quantité et bientôt on ne voit plus sortir que quelques gouttes de liquide incolore. On peut ainsi obtenir la guérison en peu de semaines. L'essentiel encore est d'éviter toute infection.

B. — Traitement d'un abcès spontanément fistulisé ou ouvert chirurgicalement.

Ici, c'est l'absence ou la présence de réaction fébrile, c'est-à-dire l'absence ou la présence d'infection qui doit guider la conduite.

*a) Si l'abcès n'est pas infecté,* faites quotidiennement par l'orifice, à l'aide d'une seringue en verre stérilisée, des injections d'huile iodoformée, en obturant quelques instants l'orifice avec un tampon d'ouate dès que l'injection est terminée, pour éviter la sortie du liquide modificateur (Calot). Faites un pansement compressif. Si vous procédez avec une rigoureuse asepsie, peu à peu la poche modifiée bourgeonnera et la suppuration diminuera pour se tarir définitivement.

*b) Si la fistule est infectée,* abstenez-vous d'injections modificatrices : elles augmenteraient la réaction fébrile. Contentez-vous de grands pansements aseptiques et du traitement général.

Malheureusement, dans la majorité des cas, ce traitement est insuffisant et la coxalgie suppurée infectée mène à la mort à plus ou moins brève échéance. Il arrive donc un moment où la crainte d'une terminaison fatale fait se poser la question de l'intervention chirurgicale, de la *résection.*

Il faut considérer cette intervention non comme une opération radicale d'ablation de toutes les lésions osseuses, mais *comme une simple opération de drainage.* Son but est : 1° de supprimer la tête fémorale, cause de la rétention par l'obstacle qu'elle apporte à l'écoulement du pus retenu au fond de la cavité cotyloïde ; 2° d'extraire les séquestres qui entretiennent la suppuration.

Or, la résection est une opération grave en elle-même et par ses résultats orthopédiques. Il ne faut l'entreprendre que lorsque toute chance de sauver la vie du malade par les méthodes conservatrices est définitivement perdue.

Il faut donc préciser le moment où il est sage d'intervenir. Faut-il réséquer une coxalgie parce qu'elle suppure abondamment et qu'elle s'accompagne de fièvre élevée ? Nullement. Tant que l'état général se maintient bon, il faut patienter. Tout au plus doit-on inciser et drainer les abcès secondaires. La suppuration peut diminuer et la fièvre, bien que violente, baisser peu à peu et disparaître.

Mais si, au bout de quelques semaines, la fièvre persiste élevée malgré ces drainages, vous constatez que le malade perd l'appétit, *qu'il maigrit,* en même temps qu'il présente une pâleur spéciale de la face, ne perdez plus de temps : *réséquez.*

Le point délicat est de saisir le moment où l'état général décline.

Trop tôt pratiquée, la résection fait courir trop de risques à un malade susceptible de guérison spontanée.

Mais elle ne doit pas être non plus trop tardive chez un malade trop affaibli, incapable de supporter le choc opératoire ou de réparer ses lésions.

Il faut intervenir aussi avant la multiplication des fistules, car la guérison de la coxalgie multifistuleuse est toujours très aléatoire (Ménard).

*Il faut agir surtout avant l'apparition de l'albuminie et du gros foie.*

Nous n'avons pas discuté à dessein les indications des curetages ou de l'arthrotomie.

Ce curetage partiel des fistules est une intervention à rejeter. Il constitue une opération inutile et incomplète, parce qu'elle néglige la cause profonde de la rétention.

De même, l'arthrotomie se montre toujours insuffisante tant qu'elle ne se complète pas par l'ablation de la tête fémorale.

*Que doit-on attendre de la résection ?*

Cette opération donne de bons résultats et sauve la vie du malade (sous la réserve d'être pratiquée vite et avec le minimum de délabrements osseux) toutes les fois qu'on intervient pour une coxalgie fistulisée depuis deux ou trois mois, même s'il y a deux ou trois fistules (Ménard).

Il n'en est plus de même de ces vieilles coxalgies à réaction fébrile faible, mais à suppuration abondante et interminable, se compliquant d'abcès secondaires et de cinq ou six fistules se surajoutant les unes aux autres, mais persistant toutes à la fois. Dans ces cas, la vie est menacée par les dégénérescences du foie et du rein. La résection est vouée à l'échec dans ces coxalgies multifistuleuses anciennes.

Seule une *désarticulation* peut être tentée. Une albuminurie légère et récente ne la contre-indique pas; le malade est au contraire perdu s'il est porteur d'une albuminurie abondante et ancienne. Encore faut-il savoir que la léthalité post-opératoire considérable doit laisser peu d'espoir sur l'avenir de l'opéré.

## REVUE D'HYGIÈNE

**L'École de l'avenir, sa construction rationnelle,** par M. AUGUSTIN REY, Architecte (*3e congrès international d'hygiène scolaire, Paris, août 1910*).

La construction des bâtiments scolaires et les méthodes nouvelles qui doivent y être appliquées, intéressent de nos jours au plus haut degré la santé publique.

Dans notre civilisation moderne, l'école est, en effet, un facteur d'une influence profonde sur le développement de la race. Pour saisir ce que peut l'hygiène scolaire sur la santé générale d'une nation, il suffit de se reporter aux enquêtes décisives de ces dernières années.

Les conséquences que peuvent avoir, sur la vitalité d'un peuple civilisé, les conditions hygiéniques dans lesquelles est donnée l'instruction à l'enfant, méritent de préoccuper et d'inquiéter au plus haut point l'opinion publique.

Pour la population agglomérée dans les vil-

les, qui représente dans chaque nation une proportion grandissante, il est établi que de mauvais bâtiments scolaires compromettent gravement l'avenir d'une race.

La construction de ces bâtiments a subi, certes, d'incessantes améliorations. Certains pays ont accompli, dans ce domaine, des efforts incomparables. Sans vouloir méconnaître ceux qui ont été réalisés par de grandes villes étrangères, il est équitable, je crois, dans un Congrès international, de dire qu'à cet égard la Ville de Paris a réalisé des progrès constants.

Mais il faut oser le dire, le programme initial de construction des écoles nécessite aujourd'hui de véritables remaniements.

*Le fait brutal qui domine la vie moderne dans les grands centres urbains est l'agglomération de la population. Son surpeuplement va sans cesse croissant et constitue, de ce fait, un vice profond dans nos conceptions d'existence.*

Il ne faut pas craindre de condamner énergiquement l'insuffisance des emplacements destinés à la construction des écoles. L'école primaire, notamment, qui intéresse la grande majorité des enfants, — et qui l'absorbe pendant ces années si précieuses, où se fabrique, pour ainsi dire, la santé future de la population, — doit être entourée, lors de sa création, de soins presque maternels. Retenant l'enfant pendant cette période décisive de son développement physique, l'école devrait toujours être dégagée de toutes parts et éloignée, dans des proportions raisonnables, de tout autre bâtiment urbain.

*La lumière et l'air, bases fondamentales de la vie, éléments sans l'abondance desquels il n'y a pas de santé pour l'être humain, doivent s'imposer lorsqu'il s'agit de déterminer, dans leurs moindres détails, le programme de construction des bâtiments scolaires.*

***

Il est, en effet, presque impossible d'espérer obtenir les conditions normales de la vie hygiénique pour la « grande masse des petits », qui, pendant de longues heures de la journée, viennent s'abriter dans l'école, si l'emplacement trop restreint empêche l'isolement complet des bâtiments, de tous autres bâtiments voisins, par un rideau de végétation abondante.

Les Américains ont cherché, dans cette voie, sous l'inspiration européenne, à inaugurer un programme radical : Placer les écoles en pleine campagne, dans la périphérie immédiate des centres, en facilitant aux « grands troupeaux d'enfants », par un abaissement des tarifs de transport, l'exode journalier.

L'école en plein air n'est pas un de ces rêves utopiques, comme on a cherché à l'insinuer. Avec de la prudence, de la méthode, et surtout de la patience, on peut prétendre, dans un grand nombre de cas, l'installer avec un plein succès.

De toute manière l'école devrait toujours être entourée de verdure qui servirait, non seulement à l'isoler des alentours, à purifier son atmosphère, mais aussi à égayer le temps où l'enfance se sent toujours comme un peu prisonnière. *Obligé de s'astreindre à une immobilité que l'on cherche, avec juste raison, à ne pas prolonger trop longtemps, l'écolier a besoin « de savoir près de lui » la beauté des fleurs, la beauté de la verdure, les beautés naturelles qui lui feront oublier ce qu'a de factice et d'anormal la vie urbaine.*

Mais hélas, les mauvaises classes, mal installées, ayant des conditions défectueuses d'éclairage et d'aération, sont encore en nombre énorme. Il est triste d'avoir à constater que dans les pays, dits civilisés, il y a encore beaucoup à faire sur ce point, comme sur tant d'autres, pour organiser rationnellement ce qui est essentiel aux besoins de l'être humain.

*Nous sommes, en effet, encore esclaves de vieilles méthodes surannées et victimes d'habitudes peu rationnelles d'existence dans les villes. Les masses de la population souffrent, sans s'en douter, au grand détriment de la santé et de l'hygiène publique, par des encouragements tacites donnés aux spéculations honteuses, considérées comme licites, dont le sol des villes est l'objet. Le terrain cher, en effet, a créé la maison à étages, le plus splendide non-sens hygiénique qui puisse être.*

*La spéculation du terrain sur lequel grandit la cité, est le chancre qui ronge la vie des grandes villes.*

*Si l'on ne veut pas attaquer résolument, et de front, ces pratiques, et chercher à appliquer la solution qui convient à celle nécessité primordiale pour la collectivité, du terrain maintenu à bas prix, l'habitation saine au plus grand nombre, comme l'école salubre, deviendra un problème toujours plus ardu à résoudre.*

***

Les progrès modernes dans la fabrication et l'emploi de matériaux économiques, basés, notamment, sur la série des agglomérés, qui ont rendu déjà tant de services, ne sont plus discutables.

L'école de demain, qui de plus en plus doit répondre à des conditions d'économie sévère dans l'emploi des deniers publics doit faire une place à ce genre de matériaux.

*La caractéristique des édifices consacrés aux services généraux de la communauté, est de remplir avant tout des conditions essentiellement hygiéniques. Il n'en seront pas pour cela des édifices nécessairement laids. La beauté n'est-elle pas faite de la raison d'être d'un édifice, de ses proportions en harmonie avec ses besoins logiques.* C'est dans la réalisation de ce programme qu'il faut porter une attention soutenue. Il faut résolument prendre la pioche du démolisseur, en ruinant ces conceptions puériles qui consistent à dépenser l'argent des municipalités et des contribuables, pour créer de brillantes façades, de purs décors de théâtres. Il faut porter tout l'effort à faire concourir les moindres sommes dépensées, à l'hygiène et au bien-être de ceux qui doivent habiter l'édifice.

Pour sauvegarder à l'école la santé de l'enfant, il n'y a plus lieu, dans l'avenir, de faire des bâtiments où la préoccupation dominante aura été de produire un effet de façade. *L'architecte ne doit pas un instant perdre de vue la question capitale qui est l'appropriation absolue du bâtiment aux conditions de l'hygiène, qui tiennent presque en ces mots : « Pénétration partout des rayons lumineux, aération efficace dans les moindres parties de l'édifice. »*

A cet égard de grands progrès restent à accomplir, *les dépenses faites pour la construction des écoles sont en général trop élevées.*

L'architecte doit abandonner l'ornière où il ne s'est enlisé que trop longtemps, ne voyant que l'aspect extérieur des choses au lieu de se consacrer, avec le sentiment de sa haute responsabilité sociale, à l'appropriation parfaite du dedans. L'instrument de vie et de bonheur que doit être l'école moderne pour ce petit peuple d'enfants, l'oblige à réaliser de nouveaux efforts.

***

L'école de l'avenir doit placer l'enfant, pendant toute la durée de l'enseignement, dans les conditions normales du plein air. Par sa construction et son aménagement rationnels, elle doit participer à cette évolution qui entraîne actuellement l'organisme social vers l'amélioration des conditions d'existence de la masse du peuple.

En appliquant ce programme, l'école est donc destinée :

1° A occuper des espaces de terrain assez vastes pour être de plus en plus isolée des autres bâtiments et entourée de toutes parts de verdure, dont l'influence sur les conditions de l'atmosphère, comme sur celles de la vie morale de l'individu, sont si connues.

2° Dans l'école de l'avenir il faut, dans la forme et l'orientation données aux différents éléments constituant son plan, penser avant toute chose, à faciliter la pénétration directe des rayons solaires et conduire, pour ainsi dire, jusque dans ses moindres parties, l'air purificateur.

3° L'économie la plus attentive doit être observée dans le choix des matériaux, leur mise en œuvre dans l'agencement pratique de l'école. Il ne s'agit plus de céder à la tentation de produire des architectures somptueuses, il s'agit de créer des formes simples, brillant plus par l'habile ordonnancement des besoins hygiéniques, que par la profusion des moulures et des matériaux de luxe.

***

Nous serions également d'avis de chercher, dans cet ordre d'idées, à donner une extension sérieuse aux écoles en plein air.

Nous ne prétendons pas que cela sera toujours aisé, et que dans le voisinage immédiat des très grandes villes, la solution sera toujours possible. Mais nous estimons que dans la belle saison, pendant trois ou quatre mois, on doit songer à exporter les enfants en pleine campagne, au moment de cette éclosion qui, chaque année, renouvelle la vie de la terre et dont le phénomène analogue est maintenant si connu chez l'enfant en croissance.

*A l'époque où la nature se réveille, pendant ces mois bienfaisants du printemps, la température favorise cet exode des petits écoliers, il devient nécessaire de rechercher une solution pratique à l'école en plein air. Elle variera suivant les pays, les climats, les mœurs locales. Mais le moment est venu pour chaque pays de la résoudre à sa manière.*

Nous avons visité maintes écoles en plein air, nous en avons vu en Amérique. Ces visites nous ont démontré à quel point cette vie libre des poumons de l'enfant, dans une atmosphère continuellement renouvelée et pure, où se jouent les rayons du soleil, lui est efficace à l'époque où sa croissance reprend une activité nouvelle.

Il faudrait, pour bien faire, que les écoles d'hiver fussent le plus souvent doublées par une installation d'écoles en plein air. Lorsque les espaces seraient suffisants, la solution économique et rationnelle serait, pour la même construction, de la transformer d'école relativement close pour l'hiver, en école toute ouverte pour l'été.

***

Sur ces quelques considérations pratiques nous attirons l'attention bienveillante de nos confrères.

*L'architecte a en mains une parcelle importante de l'avenir hygiénique du peuple.* Il doit renouveler entièrement ses vieilles formules de construction d'art surannées et se rendre compte des besoins intenses qui se manifestent dans les masses populaires.

Si la ville, l'agglomération si contraire à l'hygiène humaine, ne peut être réformée du jour au lendemain, les efforts de tous les esprits éclairés, de tous les techniciens surtout, doivent tendre à l'amélioration constante de sa structure en vue de la rendre moins insalubre.

*Le rôle de l'architecte, s'il est d'être un bon constructeur, pour assurer la solidité de la structure, un artiste dans le sens élevé du*

*mot, pour la revêtir de beauté, est aussi celui d'être le premier hygiéniste de la cité; celui qui recherchera, dans toutes les circonstances, dans quelle mesure il peut améliorer les conditions générales de la santé publique.* -

*En ce qui concerne les écoles, il peut en rager, par des méthodes de sage économie dans la construction, la hausse persistante que subit le prix de ces bâtiments.* L'économie qu'il réalisera ainsi sera alors employée à augmenter les terrains, à étendre davantage en surface les bâtiments scolaires, à les orienter et disposer favorablement, à permettre l'introduction de la verdure et des plantations en abondance dans leur pourtour.

Malgré les progrès que l'on se plaît à reconnaître, il faut constater cependant que la construction et l'aménagement des bâtiments scolaires sont loin d'être parvenus au degré de perfection que l'on est en droit d'exiger d'eux.

Il leur reste à réaliser encore une partie de ce programme qui tient dans ces deux mots : *économie* et *hygiène*.

***

M. Rey, résumant brièvement son travail, présenta au Congrès les vœux suivants, qui furent adoptés dans la séance solennelle de clôture :

La première Section du Congrès International d'Hygiène scolaire estimant : qu'un édifice peut être beau par la seule harmonie et la simplicité de ses lignes ; que les bâtiments scolaires doivent être isolés et entourés de jardins,

Émet les vœux :

1° Que l'architecte scolaire réforme ses méthodes de construction et de décorations extérieures coûteuses; les dépenses devant se concentrer surtout à l'intérieur pour l'organisation de l'hygiène rationnelle de l'école ;

2° Que toute école soit construite sur un terrain suffisamment vaste pour que ses bâtiments soient isolés de tous les autres et soient toujours entourés de jardins.

## REVUE DE NEUROLOGIE

**Quelques faits sur le cervelet,** par M. le Dr A. Giraud, de Lyon (*20e Congrès des médecins aliénistes*).

1° Il peut y avoir destruction totale d'une grosse partie du cervelet, sans aucun des symptômes cliniques dits cérébelleux.

2° Dans les chorées, le maximum de méningo-encéphalite semble situé dans le cervelet.

3° Le sens visuel a une localisation dans le flocculus.

4° La loi de Taty dans les démences se vérifie dans l'idiotie. Là, comme dans les démences, le cervelet reproduit les altérations cérébrales avec une diminution dans l'intensité.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Tumeur blanche du coude,** par M. le professeur Pierre Delbet, hôpital Necker (*Concours médical*).

Je vous présente un malade, âgé de 58 ans, atteint d'une affection du coude. Le coude gauche de cet homme offre, vous le voyez, des modifications considérables. Tandis que, du côté droit, vous sentez le relief de l'olécrâne et de l'épicondyle, du côté gauche, ce relief a disparu au milieu d'une espèce d'œdème chronique. Vous apercevez en outre, sur le bord interne de l'olécrâne, une cicatrice, ayant à sa partie supérieure et moyenne deux orifices fistuleux entourés d'une zone rougeâtre.

L'histoire du patient montre qu'il s'agit d'une affection chronique à marche relativement lente. Il s'est formé là une collection purulente qui a été incisée et a donné lieu aux deux ulcérations fistuleuses dont je viens de parler. L'aspect et l'évolution du processus morbide font penser à une affection bacillaire. Il importe d'en déterminer le degré et de savoir si nous avons affaire à une lésion superficielle intéressant seulement la bourse olécrânienne, ou à une lésion dont le début est profond, osseux, à une tumeur blanche.

La question des tumeurs blanches du coude est intéressante. Il faut étudier les tumeurs blanches pour chaque articulation, savoir les points atteints, le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même, et les résultats que l'on peut obtenir par le traitement.

Cherchons d'abord si la lésion est superficielle. L'incision siége sur le bord interne de l'olécrâne. Or, vous savez que c'est là où se voient le plus fréquemment les altérations de l'arthrite bacillaire du coude. D'autre part, l'ensemble de la région articulaire est tuméfié. Il paraît, dans ces conditions, probable que la lésion n'est pas superficielle, mais a eu une origine profonde. Examinons les mouvements du coude. D'une manière générale, le premier effet d'une arthrite bacillaire est d'immobiliser l'articulation par contracture réflexe des muscles. C'est le premier symptôme observé pour le mal de Pott, pour la coxalgie, pour l'arthrite bacillaire de l'épaule. Vous trouverez à cette règle des exceptions quand il s'agit du coude. Les mouvements y restent fréquemment encore assez étendus. Sans doute, ils ne conservent pas leur intégrité, car l'intégrité absolue suffirait à éliminer la tuberculose; toutefois, ils peuvent être simplement limités sans être abolis. Chez notre malade, l'extension est diminuée et la flexion ne dépasse pas l'angle droit. Il y a limitation et non pas impotence. Nous allons rechercher si les mouvements provoqués sont plus étendus que les mouvements volontaires. En général, ils ne le sont pas. Effectivement, je n'arrive pas à étendre complètement l'avant-bras, ni à le fléchir au-delà de l'angle droit.

Voyons maintenant si les os sont restés dans leurs rapports normaux. L'épitrochlée n'est pas normalement très saillante et, du cas d'empâtement, il n'est pas toujours possible de la sentir. Par contre, la tête du radius peut toujours être perçue ; grâce à sa mobilité. Nous constatons que les mouvements de pronation sont intacts et les mouvements de supination fortement limités. Les choses se passent ainsi d'ordinaire dans les tumeurs blanches du coude.

Notre malade a eu un abcès entre l'épitrochlée et l'olécrâne. C'est généralement là où se forme le premier abcès dans la tumeur blanche du coude. Les lésions, en effet, portent principalement sur la partie interne de l'olécrâne. On sent une masse fongueuse entre l'épitrochlée et l'olécrâne. L'espace compris entre le triceps et l'humérus est également envahi.

La tumeur blanche du coude débute donc en général au niveau de l'olécrâne. Je vous représente le cubitus. Les lésions portent non seulement sur l'épiphyse, mais aussi sur la diaphyse. Il n'est pas rare que ces lésions sur le cubitus soient très étendues. On rencontre même, au coude, un envahissement de la cavité médullaire, où se forme un véritable abcès, disposition assez particulière à cette articulation. Vous savez qu'il est habituel de trouver, au voisinage d'une tumeur blanche, des altérations de la moelle osseuse. Elles ne sont pas, à proprement parler, de nature tuberculeuse. On voit la moelle quelquefois rougeâtre, quand on fait des évidements. Aujourd'hui, il est démontré que ce sont non des lésions tuberculeuses, mais des troubles trophiques ou toxiques, et il est inutile d'intervenir à leur égard chirurgicalement. Au coude, je le répète, la cavité médullaire est, par contre, souvent remplie de fongosités, d'abcès.

Dans l'immense majorité des cas de tumeurs blanches du coude, l'os de beaucoup le plus atteint est le cubitus. L'humérus est bien moins touché. Son extrémité inférieure offre quelquefois, cependant, des foyers en forme de triangle. Le radius est rarement pris.

Vous avez entendu l'histoire de ce malade. Il a eu un abcès entre l'olécrâne et l'épitrochlée. On a incisé l'abcès sans aller plus loin, pensant sans doute à une lésion circonscrite, non articulaire. Eh bien, nous pouvons considérer comme certain au contraire, après l'étude que nous venons de faire, qu'il s'agit d'une tumeur blanche.

Cette forme fongueuse de tuberculose est-elle la seule observée au coude ? Non, il existe aussi une forme sèche, qui rappelle la carie sèche de Volkmann.

Elle donne peu de phénomènes réactionnels, quoique les douleurs soient parfois assez vives. Elle détermine de l'ankylose.

Vous savez qu'il faut savoir faire le diagnostic, même avec un minimum de symptômes. Je vous ai montré que les mouvements étaient conservés dans une certaine mesure. De ce seul fait on ne doit pas éloigner l'idée d'affection articulaire. N'oubliez pas qu'au coude, il persiste une étendue relative des mouvements.

Nous avons à rechercher si les ganglions sont envahis. En règle générale, le ganglion épitrochléen est pris de bonne heure. J'ai insisté déjà devant vous sur l'adénopathie dans les lésions articulaires. Vous savez combien il est difficile de diagnostiquer une tumeur blanche du genou au début. Elle est précédée d'une vague lésion d'hydarthrose. La constatation d'une adénopathie est en l'espèce un signe indicateur de tuberculose. Or, le diagnostic, précoce est nécessaire pour faire une thérapeutique efficace.

Chez notre malade, le ganglion épitrochléen est hypertrophié. Nous trouvons dans l'aisselle un petit chapelet ganglionnaire. Donc, ici, l'envahissement ganglionnaire va jusque dans l'aisselle. Nous aurons à poser la question de savoir si cette adénopathie doit influencer nos déterminations opératoires. Devons-nous dire : « voilà un malade qui, outre sa lésion bacillaire du coude, a un envahissement ganglionnaire ; la résection du coude sera dès lors insuffisante » ?

Ce raisonnement serait faux. Certes, l'adénite est bien bacillaire. Malgré cela, elle rétrocède souvent avec facilité quand on supprime le foyer initial. Il existe, de ceci, des exemples innombrables. L'adénopathie ne doit pas par conséquent peser sur nos déterminations opératoires.

Quelle doit être la thérapeutique des tumeurs blanches du coude ? J'ai en vue la tumeur blanche de l'adulte. Je fais toujours en cette matière une réserve de pronostic relative à l'âge. Le pronostic est d'autant meilleur que le malade est plus jeune. La tumeur blanche de l'enfant est si différente de celle de l'adulte que de cette différence découlent des changements d'indications thérapeutiques. Chez l'enfant, la tumeur blanche guérissant avec une relative facilité, on laisse de côté l'intervention chirurgicale. L'affection guérit par la seule immobilisation, et, dans le jeune âge, la question de la résection ne se pose pour ainsi dire jamais. Chez l'adulte, il n'en est plus ainsi. A ce point de vue, la tumeur blanche du coude est le type de celles à réséquer.

La guérison d'une tumeur blanche du coude chez l'adulte, par les moyens médicaux est très

rare. Peut-être l'obtient-on quelquefois chez les sujets qui peuvent aller pendant des années au bord de la mer et aux Stations appropriées. A l'hôpital, on ne l'obtient jamais, même dans les cas pris au début. Si l'on se contente de soins purement médicaux, on a des chances pour que l'affection s'aggrave au point de rendre nécessaire l'amputation du bras. D'autre part, admettons que la tumeur blanche guérisse; mais, à quel prix ? Au prix d'une ankylose. Vous voyez donc, d'une part, la rareté de la guérison par les traitements médicaux, et d'autre part, la mauvaise qualité de la guérison.

En revanche, la résection donne des guérisons, et des guérisons de la meilleure qualité. Je ne dis pas qu'il y a retour complet des mouvements, mais il n'y a pas ankylose. A la suite de la résection, on peut obtenir des mouvements de flexinn actifs, puissants. Les mouvements d'extension restent, il est vrai, limités et très faibles. Jadis, quand on présentait dans les Sociétés savantes des sujets après traitement, on leur demandait de fléchir l'avant-bras, puis de l'étendre. L'avant-bras tombant de lui-même, il semblait que les mouvements d'extension étaient bons. Farabeuf demandait toujours alors aux malades de décrocher son chapeau. C'était un moyen de solliciter une extension active. Les malades n'y réussissaient que très rarement.

Donc, l'extension est souvent limitée après l'opération. Avons-nous un moyen d'y remédier ? Ce qui diminue la puissance du triceps, c'esl la suppression opératoire du crochet olécranien. Peut-on le conserver ? On a proposé une résection modelante, laissant un promontoire sur lequel le triceps puisse agir. J'ai essayé cette méthode, sans en obtenir satisfaction. J'ai toujours eu des récidives dans ces cas. Si bien qu'à l'heure actuelle, je suis d'avis de sacrifier la totalité de l'olécrâne. Ollier, qui avait une grande expérience des résections, disait : « Ne faites pas au coude d'opérations partielles ». Elles ne sont jamais suffisantes. Chaque fois où je me suis éloigné de ce conseil d'Ollier, je n'ai pas eu de bons résultats. J'ajouterai, avec Ollier également, qu'il faut faire des interventions complètes dès le début.

J'ajouterai aussi qu'il faut pratiquer des résections jusqu'à la dernière extrémité, alors même qu'il existe des fistules. On peut encore obtenir des guérisons.

La thérapeutique des tumeurs blanches du coude consiste donc en résection au début, résection à la période d'état, résection aux périodes les plus tardives. Vous savez que toutes les fois où l'on parle de résectinn, se pose la question de l'âge, de la limite d'âge. Pour le coude, on peut faire des résections chez les gens fort âgés.

## REVUE D'HYDROLOGIE

Un lot de travanx intéressants et utiles à consulter que nous ne pouvons détailler, mais que nous notons pour permettre aux praticiens et aux travailleurs de se documenter.

**La congestion pulmonaire unilatérale dans les attaques d'asthme,** par le Dr Percepied (du Mont-Dore). (Broch.)

**Ce que je demande aux procédés de laboratoire dans une cure à Châtel-Guyon,** par le Dr Mazeran. (Broch.)

**Une station d'altitude dans les Alpes françaises,** par le Dr Clément Petit.
Etude excellente de Saint-Gervais.

**Des sources arsenicales d'Europe dans la classification hydro-minérale,** par le Dr G. Cany. (Broch.).

**Les cures d'eaux, d'air et de régime chez les enfants.** — (La cure de Brides-Salins), par le Dr Louis Furet. (Broch.)

**Sur l'évolution de la pathogénie et du traitement de l'entérocolite muco-membraneuse,** par le Dr Maurice de Langenhagen, de Plombières. (Broch.)

**La source Ravi (Luchon),** par le Dr Etienne. (Broch.)

Cette source joint à une action de lavage une action spéciale modificatrice de la muqueuse urinaire.

**Ce que fait l'eau d'Evian,** par le Dr Chaïs.

**Note sur l'hépatisme des eczémateux et des psoriasiques,** par le Dr C. Petit (Maloine).

## CARNET DU PRATICIEN

### Epilatoires

Les épilatoires chimiques ont pour base ordinaire les sulfures alcalins, qui conpeut, ponr ainsi dire, le poil an ras de la peau en irritant celle-ci.

En Tnrquie, nn mélange appelé *rusma* a la composition suivante :

| | |
|---|---|
| Orpiment | 5 grammes |
| Chaux vive | 40 — |

Pulvérisez et délayez dans :

| | |
|---|---|
| Blanc d'œnfs | Quant. néc. |
| Lessive des savonniers | — — |

En applications, deux fois par jonr, sur les poils, enlever aprés le séchage.

Mais ce mélange est un pen *irritant* pour la peau fine du visage. Cette formnle est préférable :

| | |
|---|---|
| Sulfhydrate de soude | 2 grammes |
| Amidon | 8 — |
| Chaux vive | 10 — |

Appliqner sur la pean, laisser jnsqu'à cnisson, enlever avec un conteau mousse et saupondrer ensuite avec de l'amidon.

Les indigènes riches de l'Algérie emploient encore une pâte semblable où les sulfures arsenicaux (orpiment) sont remplacés par les snlfures alcalins, que l'on peut appliquer sur les poils à n'importe quelle partie du corps, sans craindre des effets irritants pour la peau, des démangeaisons, des inflammatious. Voici alors un excellent épilatoire, d'un prix modique et qui ne nécessite pas, même pour les poils assez longs, nn rasage préalable, qui est toujours doulonreux et enunyant :

| | |
|---|---|
| Chaux vive | 3 grammes |
| Monosulfure de sodinm | 3 — |
| Poudre d'amidou | 6 — |
| Ean | Q. p. une pâte molle. |

On prépare ainsi ce mélange : on pnlvérise séparément la chaux vive et le monosulfure de sodium, puis, dans nn mortier, on mélange le monosulfure et la pondre d'amidon, on ajoute ensuite lentement la chanx vive et l'eau jusqu'à consistauce pâteuse.

La pâte est étendue le soir, avant de se coucher, en une couche nniforme de 1 à 2 millim. Au bout de 2 à 3 minntes, elle a séché, et sous nn mince filet d'eau tiede, on enlève une pellicule à laquelle les poils adhèrent. Il faut avoir soin de ne laisser sur la peau ancnne trace de la pâte épilatoire, afin d'éviter tonte action caustiqne secondaire.

Ajoutons que cette formule est excellente pour dépiler les régions génitales avant les opérations, sans nécessiter le rasage des poils an préalable :

Voici deux autres formules :

| | |
|---|---|
| Monosulfure de baryum | 6 grammes |
| Oxyde de zinc | 20 — |
| Eau gommeuse jusqu'à consist. pâteuse. | |

ou :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode | 3 grammes |
| Essence de térébenthine | 6 — |
| Huile de ricin | 8 — |
| Alcool à 90° | 20 — |
| Collodion | 100 — |

Les épilatoires n'exercent qu'une action temporaire, sonveut caustique et douloureuse, que ne provoque pas un simple badigeonnage, 2 à 3 fois par jour, durant 1 mois environ, des poils avec de l'eau oxygénée à 16 volnmes, coupée de 1/4 d'eau bicarbonatée : les poils se décolorent, deviennent blonds, donc sont déjà moins visibles, bientôt ils cassent, et s'ils repoussent, dans la suite, ils sont toujours moins nombreux.

Mais ces divers moyens d'épilation ont le même désavantage : ils ne détrnisent pas à tout jamais le poil; prescrivez alors nn moyen radical : l'électrolyse. Au pôle négatif d'un courant électrique continu, on adapte nn fil terminé par une fine aiguille. Cette aiguille appliquée à la base de chaque poil détruit la racine de celni-ci, le follicule, où se terminent les vaisseaux et les nerfs qui nourrissent, font vivre le poil, Ainsi, cette destruction entraine la mort du poil. Mais il fant agir snr chaque poil, un à un ; aussi cette méthode a contre elle sa lenteur, son désagrément.

Cependant, son succès est certain, et beancoup de femmes coquettes n'hésitent pas à y avoir recours.

### Furonculose de l'oreille

Introduire dans le conduit auditif nne mèche de gaze stérilisée endnite dn mélange :

| | |
|---|---|
| Menthol | 2 gr. 50 |
| Anesthésine | 0 gr. 50 |
| Hnile de vaseline | 25 grammes |
| Glycérine | 25 — |

Pour éviter les récidives, faire prendre, pendant qnelqne temps, le matin à jeun, un bain d'oreille de 15 minntes de dnrée avec la solntion :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 0 gr. 20 |
| — borique | 10 grammes |
| Alcool absolu | 50 — |
| Eau distillée | 50 — |

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

En romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*
En romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*
En « *italique* ». — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexeville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon**

De toutes les villes d'eaux françaises, Châtel-Guyon est incontestablement, au cours de ces dix dernières années, celle dont l'essor a été le plus rapide, le succès le plus marqué.

Si l'on cherche les raisons d'une prodigieuse évolution telle qu'on n'en connaît pas d'autre exemple dans les annales de l'hydrologie thermale, on le découvrira sans difficulté dans un concours de faits et de circonstances, où l'œuvre de la nature a été merveilleusement secondée et parachevée par l'intelligence et par la main des hommes.

Qu'y trouve-t-on en effet?

En premier lieu, des eaux incomparables, uniques de leur espèce, et qui doivent à leur complexus physico-chimique des propriétés dont les effets thérapeutiques se vérifient chaque jour. Rappelons en passant qu'elles se définissent ainsi : *eaux chaudes, carbo-gazeuses, chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes*, et qu'elles s'adressent aux affections du tube gastro-intestinal et des viscères sous-diaphragmatiques en particulier, et aux manifestations du neuro-arthritisme en général.

En second lieu, un Corps médical instruit, expérimenté, possédant à fond la maîtrise de ces eaux dans toutes leurs applications et dans tous leurs effets.

En troisième lieu enfin, un outillage thermal, des installations techniques perfectionnées selon les données de la science moderne, réunis dans deux établissements qui sont tout à la fois des palais architecturaux et des modèles du genre.

Ajoutons, pour être complet, qu'on y trouve encore des kurhaus et des hôtels où la diététique dont on connaît le rôle primordial dans le traitement des affections gastro-intestinales est scrupuleusement et scientifiquement établie sous la surveillance et sous le contrôle des médecins (Tables de régime); — un vaste parc tout fleuri et tout verdoyant; un superbe casino avec salle des fêtes; salons, cercle; un théâtre, pur bijou Louis XV, où se succèdent sans interruption les spectacles de comédie et d'opérette; et nous comprendrons pourquoi Châtel-Guyon occupe le second rang parmi nos villes d'eaux nationales; pourquoi elle est en état de rivaliser avec les plus grandes capitales thermales du monde; pourquoi enfin elle constitue l'un des plus beaux joyaux de la couronne hydrominérale de France.

*
* *

On vient de représenter pour la première fois sur le théâtre de Châtel-Guyon, un à-propos en vers de notre excellent confrère, M. le Dr Duchesne, intitulé *Faust à Châtel-Guyon*.

C'est une ingénieuse et amusante adaptation de la légende de Gœthe aux réalités locales.

Le succès de cette œuvre a été très vif, auteur et interprètes ont été acclamés; nous en félicitons vivement notre ami M. le Dr Duchesne.

**Ostende**

Nous apprenons avec plaisir que, à la suite des travaux si remarquables de notre excellent collaborateur, le professeur Jules Félix, de Bruxelles, une société d'hydrologie et de climatologie de Belgique est en voie d'organisation à Ostende. Nos sincères félicitations.

# ÉCHOS

**La liberté d'écrire pour les médecins de la Marine.**

Alors que les médecins de la Guerre et des troupes coloniales avaient toute liberté d'écrire — sous leur responsabilité, bien entendu — nos camarades de la Marine étaient encore soumis à l'autorisation préalable. Cette mesure restrictive va être rapportée, ainsi qu'il résulte de la lettre ci-dessous adressée par le ministre de la Marine à M. de Kerguesec, député des Côtes-du-Nord :

« Monsieur le député,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur l'autorisation qui a tout récemment été accordée aux officiers de la Guerre de publier des écrits sous leur signature et sous leur responsabilité, et me demander que semblable mesure soit étendue aux officiers des différents corps de la Marine.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je me suis préoccupé de cette question et que j'ai décidé que ces dispositions seraient étendues au personnel de la Marine.

Une décision en l'espèce est actuellement en cours de préparation ».

**Poursuites contre le "Temps"**

On se souvient que dans un de ses numéros, le journal *Le Temps* attaqua le Syndicat National de Médecine Sociale.

Au cours d'une réunion commune au groupe des avocats socialistes et à la section de la Seine du S. N. de M. S., réunion qui eut lieu sous la présidence de M. le Dr Diverneresse, assisté de Me Maurangés, secrétaire du groupe des avocats socialistes, il fut décidé que des poursuites civiles seront engagées au nom du Syndicat national de médecine sociale contre le journal *Le Temps*.

**Les maires médecins d'hôpitaux communaux**

Le Conseil d'Etat vient de rendre une décision établissant qu'aucune disposition de la loi n'édicte d'incompatibilité entre les fonctions de président des Commissions administratives d'hôpitaux et celles de médecin rétribué de ces établissements.

**Fêtes du Jubilé du cinquantenaire de l'Université de Jassy (Roumanie), 1860-1910.**

L'Université de Jassy (Roumanie), qui compte déjà un demi-siècle d'existence, célébrera son jubilé du 16 au 18 octobre 1910. A cette occasion, de grandes fêtes seront données dont voici le programme :

Samedi 15 octobre, 8 h. 1/2 du soir. — Réunion intime des délégués officiels de l'Université. Présentation des membres.

Dimanche, 16 octobre, 10 heures du matin. — Réception à la gare, de Leurs Majestés le roi, la reine et les princes héritiers. A 10 h. 1/2 : *Te Deum* à la Cathédrale. A 2 h. 1/2, au Théâtre National : Présentation des félicitations des délégués. Le soir, à 9 heures : retraite aux flambeaux.

Lundi 17 octobre, 10 heures du matin. — Inauguration de la statue de Michaël Kogalniceanu. Dans la journée : visite des monuments de Jassy. — Le soir, à 9 heures : Soirée de gala au Théâtre National.

Mardi 18 octobre, 10 heures du matin. — Ouverture solennelle des cours à l'Université. Dans la journée : Courses et différents sports. — Le soir, à 8 heures, au Théâtre National : banquet.

**Un Congrès médical au Japon**

Nous lisons dans un journal d'Extrême-Orient qu'un Congrès médical vient de se réunir à Osaka : il réunissait 3.000 médecins et il y fut fait 700 communications. On ne peut que féliciter le corps médical japonais devant le magnifique essor pris par la médecine dans ce pays en quelques années.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Les ferments digestifs des leucocytes; Le Zymo-diagnostic**, par Noël Fiessinger et P.-L. Marie (Maloine).

Ces deux auteurs se sont spécialisés sur l'étude des ferments digestifs des leucocytes. Ces ferments sont multiples : oxydases, catalases, ferments hydrolysants, amylase, protéase, lipase, ferments coagulants. Dans ce livre sont étudiées la lipase et la protéase. Fiessinger et Marie examinent tour à tour leur mode d'activité en physiologie, en pathologie générale, en clinique et en thérapeutique. Ce travail très minutieux de laboratoire a été exécuté chez M. le professeur A. Robin.

**Manuel de l'Infirmière.** Edition française, par le Dr Van de Perre (Baillière).

Ce livre est la traduction française de l'édition néerlandaise. Très claire, bien illustrée et pratique, elle rencontrera dans notre pays le même succès que dans son pays d'origine.

**Contribution à l'étude des applications de l'anthropologie à la psychiatrie**, par le Dr Danoux (Thèse Paris, Jouve).

Important travail sur lequel nous reviendrons.

**Physiologie et hygiène de la voix**, par Victor Delfino (Susanna, Barcelone).

Ouvrage en espagnol publié à Buenos-Aires.

**Notes de pathologie digestive**, par le Dr Esmonet, de Châtel-Guyon. (Broch.)

**Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine**, par le Dr Gourann (*Cons. méd. franç.*) Poinat.

**Traitement de la sciatique**, par le Dr Sainton *Cons. méd. franç.*) Poinat.

**La lutte de l'homme contre le milieu extérieur**, par le Dr Imbeaux (Nancy, Berger-Levrault).

Excellent plaidoyer pour l'air pur.

**Les chants du Nadir**; par Sidi Kassem (Daragon).

Poésies d'une grande fraîcheur et d'un joli rythme.

**De la mesure du volume total du contenu gastrique et de l'étude de la sécrétion moyenne de l'estomac**, par le Dr Léon Meunier (Broch. Masson).

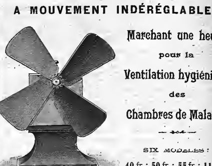
**Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires**, par les Drs Loeper et Esmonet. (Broch.)

**« Amobie » ou dysenterie tropicale. Complications et traitement**, par le Dr W. Carnegie Brown. 1 vol. en anglais (Londres, John Bale, Sons et Danielsson).









81e Année (Série XIIIe) — N° 69 Le Numéro : 25 Centimes 1er Octobre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Ventes au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 10 fr.
Union postale........ 15 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Président, Membre du Jury*
*Exposition Bruxelles, Cl. 16*



1789
DELAMOTTE
1908
68, Rue Jean-Jacques-Rousseau, 68 — PARIS
Instruments de Chirurgie en gomme inaltérable et stérilisable et en caoutchouc moulé pur Para
Sondes, Bougies, Canules, Bandages
CACHET DE GARANTIE
Plomb de Garantie
breveté S.G.D.G.
NOUVEAUX PLOMBS DE GARANTIE
Personne ne peut essayer ni utiliser nos instruments sans retirer le plomb et l'étiquette, donc, pour être certain que les instruments n'ont été ni essayés, ni utilisés et ne contiennent par suite aucun germe pathogène, exiger le plomb de garantie sur tous les instruments
GRANDS PRIX
Saint-Louis, 1904.
Liége, 1905.
Milan, 1906.
Saragosse 1908
HORS CONCOURS
Spa, Dublin, 1907.
Bordeaux, 1907.
Londres 1908 membre, du Jury.




LIPOCHOL "BYLA"
TUBERCULOSE, ANÉMIE, CHLOROSE
LYMPHATISME, SCROFULE, ENTÉRITE,
ICTÈRES, DIATHÈSE HÉMORRAGIQUE
INTOXICATIONS DE toutes natures
PILULES & EMULSION
A BASE DE
CHOLESTÉRINE PURE
SUBSTITUTIF SCIENTIFIQUE
DES HUILES DE FOIE DE MORUE
PAS D'INTOLÉRANCE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY (Seine)




LES ÉNERGÈTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiqt & Physiologiquemt titrés
VALÉRIANE
BYLA
SUCS DE SAUGE · DIGITALE · GENET · MUGUET · COLCHIQUE
Chaque flacon 3,50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE à GENTILLY (Seine)




RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS
SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON 500 cmc 6 FRANCS
LE ½ FLACON 250 cmc 4 Frs 50
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
& D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE
CONTROLÉES
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES

# ÉCHOS

### La Gazette hebdomadaire.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la *Gazette* revenant à sa tradition primitive redeviendra hebdomadaire à partir du 1er décembre 1910. Nous avons tenu tout d'abord à avoir de gros tirages et à développer régulièrement nos listes d'abonnés. Nous avons eu régulièrement depuis de longs mois un tirage justifié de 17.500 exemplaires, ce tirage minimum a été parfois dépassé de beaucoup. C'est ainsi que nous avons publié deux numéros de lancement à 50.000 exemplaires répandus dans le monde entier. Notre édition espagnole dont le tirage minimum a été cette année de 9.500 exemplaires va augmenter encore : le numéro de septembre tire à 18.000 exemplaires. L'édition portugaise tire à 5.500 exemplaires.

Le moment est venu de paraître toutes les semaines avec le même tirage de 17.500 exemplaires. Tous nos tirages sont justifiés par les certificats d'imprimeur publiés dans chaque numéro et certains annonciers viennent assister aux départs à la poste.

La prospérité sans cesse croissante de notre journal nous obligera encore à d'autres améliorations prochaines.

Ajoutons que le prix de l'abonnement sera porté à partir du 1er janvier à 10 francs pour la France et 15 francs pour l'Union postale. Le service gratuit sera fait jusqu'au 1er janvier 1911 pour les abonnements souscrits dès maintenant pour 1911.

### Nos collaborateurs.

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

### Le plus ancien médecin du monde.

Le premier médecin dont l'existence ait dûment été attestée est l'Egyptien J-em-Hetep (Porteur de la Paix), qui vivait sous le roi Tehser de la troisième dynastie, c'est-à-dire probablement vers l'an 4500 avant notre ère.

De son vivant il jouissait d'une renommée considérable, car il fut enterré avec les honneurs royaux et à côté du tombeau royal, dans la pyramide de Sakkarah, près Memphis.

D'après une vieille tradition, il était surnommé « Maître des mystères et des chiffres ». Ce dernier nom, sans doute, à cause du nombre extraordinaire des médicaments en usage chez les vieux Egytiens.

Sa mémoire fut vénérée par le peuple pendant plus de 4.000 ans, et beaucoup d'hôpitaux portèrent son nom; mais plus tard, sous le règne des Ptoléméens, son nom fut identifié avec celui du dieu grec de la Médecine, Æsculape qui vivait 3.000 ans après son illustre prédécesseur.

Trois siècles après J-em-Hetep, le roi Atoti écrivait un traité sur l'Anatomie, et quelques siècles après ce dernier, vivait un autre chirurgien célèbre, dans la tombe duquel (près de Sakkarah) on découvrit des dessins fort intéressants, représentant diverses opérations chirurgicales.

D'après le célèbre Papyrus Ebers — qui contient beaucoup de détails curieux sur l'art de guérir des anciens Egyptiens — on doit supposer que les représentants de la médecine étaient déjà fort en renom chez ce peuple 6.000 ans avant Jésus-Christ.

### Les ordonnances.

Contiennent souvent la prescription du jubol car le médecin sait les résultats certains et parfaits obtenus dans la constipation par ce produit composé d'agar-agar, d'extraits complets des glandes intestinales et d'extraits biliaires.

Le Jubol réalise, suivant le terme si heureux dont s'est servi le Dr Frenkel, en le présentant à l'*Académie des Sciences*, la *rééducation de l'intestin* grâce à cette association de produits purs spécialement préparés dans des proportions déterminées. Il fait merveille dans l'entérite.

### Confort moderne.

On vient de construire à New-York des appartements donés d'un réel confort moderne.

Il y a dans chacun d'eux dix-huit pièces; les deux salons, la salle à manger et la galerie peuvent être convertis à volonté en une seule pièce servant de salle de fêtes. Chaque appartement a son ascenseur, sa chambre réfrigérante, son appareil à faire le vide, sa blanchisserie électrique, sa machine à repasser et son appareil pour incinérer les ordures ménagères. Il y a dix-sept appartements dans cette maison qui est bâtie dans le quartier des millionnaires, entre la cinquième avenue et la 81e rue. Les loyers varient entre 125.000 et 250.000 francs, c'est un prix honnête!

### Hygiène militaire et pénitentiaire.

La caserne du Château-d'Eau abrite environ 1.500 soldats. La prison de Fresnes a environ 1.500 pensionnaires. Or, la consommation annuelle de charbon basée sur les chiffres de 1909 est : pour la caserne du Château-d'Eau, de 18 wagons; celle de la prison de Fresnes a dépassé 300 wagons...

### Billet de banque antiseptique.

On dit que la Banque nationale de Spokane (Etat de Washington) vient de lancer un billet de banque antiseptique. Ces billets seront signés avec une encre composée d'acide phénique, dont s'imprègne le papier et qui tue les germes les plus vigoureux?

### Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses

Le laboratoire de bactériologie de la ville de Paris met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphtérie et de la tuberculose.

Ces nécessaires sont délivrés, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), sur la demande écrite de MM. les médecins, la veille ou le jour même de leur emploi et les résultats des analyses leur sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement vingt-quatre heures après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés.

Le laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses, situé rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), est ouvert tous les jours, de 8 heures du matin à 8 heures du soir, et les dimanches et fêtes, de 10 heures à 4 heures.

*Nota.*— Le dépôt d'une somme de 30 ou de 50 c. donne droit à une réponse par voie télégraphique.

### Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration du sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer a nommé M. C. Claeys, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'Hôpital maritime de Berck, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Zuydcoote.

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
## des Signes physiques de la Pleurésie séro-fibrineuse
### LE SIGNE DES SPINAUX

Par M. le Dr Félix RAMOND
Médecin des Hôpitaux

Nombreux sont les signes physiques de la pleurésie séro-fibrineuse; mais beaucoup d'entre eux sont inconstants, ou variables avec la quantité de l'épanchement; ils ne sont souvent pas pathognomoniques, puisqu'on peut les rencontrer à leur complet dans la spléno-pneumonie. Il reste, il est vrai, dans les cas douteux, à pratiquer une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz; mais, notre collègue M. Mosny ne vient-il pas de démontrer que la ponction pouvait rester blanche, malgré l'existence du liquide, dans certains épanchements anciens, enkystés, à parois épaissies et rigides?

C'est pourquoi la description de tout nouveau symptôme d'épanchement doit être accueillie, même lorsqu'il s'agit d'un symptôme d'importance secondaire. Le signe que nous proposons d'appeler *signe des spinaux* a été observé par nous sur plus de 100 pleurétiques, aux consultations de médecine de la Pitié et de St-Antoine, et il nous a permis souvent de faire un diagnostic d'épanchement pleural avant tout autre examen.

Si l'on examine le dos d'un individu normal, dans la station debout, on aperçoit facilement dans la gouttière costo-vertébrale, et plus bas dans la région lombaire, la saillie que font les deux muscles spinaux superficiels, l'iléo-costal en dehors et le long dorsal en dedans. A la palpation de la région lombaire, on sent nettement la masse musculaire en tension permanente, en vue de la conservation de l'équilibre. Cette tension est surtout due au long dorsal, et accessoirement à l'iléo-costal; de sorte que, sous la main, la masse semble varier d'épaisseur suivant que l'un des muscles ou les deux entrent en action. Dans la station verticale, même dans une attitude légèrement penchée en avant, ce que l'on sent sous la main correspond en grande partie aux fibres du long dorsal.

Chez un pleurétique, au contraire, toute la masse musculaire, l'iléo-lombaire aussi bien que le long dorsal, entre en action; de sorte qu'elle est fortement élargie du côté malade, et de dimensions normales du côté sain. Pour mieux percevoir le phénomène, on peut faire pencher légèrement le malade en avant, afin de faire saillir davantage sous la peau toute la masse musculaire; ou bien on incline le thorax tantôt à droite, tantôt à gauche; et dans ces mouvements alternatifs on saisit parfois plus facilement la différence de largeur et de tonicité qui existe entre les deux masses musculaires de part et d'autre de la colonne lombaire, au-dessous de la 12e côte.

Souvent on rend plus net le symptôme en percutant avec un marteau les attaches supérieures du faisceau moyen du long dorsal, à la hauteur des 5e, 6e et 7e vertèbres dorsales, et à deux ou trois travers de doigt en dehors des apophyses épineuses. Dans ces conditions, on a deux sortes de sensations, une tactile, l'autre visuelle. Celle-ci se révèle par une contraction réflexe, visible à l'œil nu, de tout le faisceau moyen du long dorsal, et qui part du point percuté, pour aboutir en bas aux attaches épineuses lombaires. Cette contraction peut exister du côté sain, mais beaucoup moins nette; elle peut exister aussi, en dehors de tout épanchement pleural, chez tout malade dont la réflectivité musculaire est exagérée, notamment chez des cachectiques, des alcooliques ou des neurasthéniques. Ce symptôme n'a donc de valeur que si le signe spinal, tel qu'il vient d'être décrit, existe nettement.

La sensation tactile, bien que fournissant une donnée moins objective, est plus importante. Nous avons déjà vu que la palpation de la masse musculaire lombaire donnait du côté de la pleurésie, immédiatement au-dessous de la 12e côte, une sensation de tension élastique en même temps que l'élargissement de la masse. Cette sensation s'accuse par la percussion au marteau des attaches supérieures du long dorsal. Tantôt le muscle semble vibrer comme une masse de caoutchouc dur que l'on frapperait, tantôt ses fibres se contractent sous le doigt. Si cette contraction est forte, elle peut être visible sous la peau comme nous venons de le décrire et alors le signe pleural se présente à son complet.

La durée du signe des spinaux dépasse celle de l'épanchement de trois semaines à un mois; dans un cas elle atteignit six mois et dans un autre neuf mois.

Sa fréquence est considérable, surtout si l'on veut bien le rechercher par tous les moyens indiqués plus haut. Notre statistique porte actuellement sur 100 cas, qui se répartissent ainsi :

76 cas de pleurésie primaire aiguë ou subaiguë, chez lesquels le signe pleural a toujours été rencontré;

24 cas de pleurésie secondaire, chez lesquels le signe pleural a été constaté 18 fois.

De sorte que le symptôme se rencontrerait dans une proportion de 94 fois pour 100.

Nous manquons de documents malheureusement sur les épanchements chez les cardiaques et chez les rénaux; car notre statistique ne porte que sur cinq cas; et encore ces cinq cas n'ont pas pu être examinés dans leur ensemble. Le signe existait, mais atténué, dans 3 cas; il était douteux dans un cas; et manquait dans le cinquième.

De même, pour les pleurésies suppurées, dont nous ne possédons que trois observations; une seule fois le signe existait; il s'agissait d'une pleurésie méta-pneumonique qui guérit après une seule ponction; dans les deux autres cas, correspondant à une pleurésie mixte à pneumocoques et à streptocoques, et à une pleurésie putride, le signe manquait.

Le signe spinal se rencontre donc surtout dans les pleurésies séro-fibrineuses primaires ou secondaires tuberculeuses; il offre de plus un certain intérêt diagnostique.

C'est ainsi qu'il faisait défaut dans trois cas de pneumothorax, dans cinq cas sur sept de pneumonie, et enfin dans les deux seuls cas de spléno-pneumonie que nous avons observés depuis deux ans. Si ce fait était vérifié à nouveau, le signe spinal acquerrait une importance séméiologique plus considérable.

## Pourquoi faut-il toujours penser à la Syphilis (1)

Par le Docteur P. SPILLMANN
Professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy

Nombre d'étudiants, encore imbus des préjugés du public, s'étonnent, au début de leur stage hospitalier, de voir l'interrogatoire des malades comprendre systématiquement quelques questions directes ou indirectes relatives à la syphilis, et cela même quand il s'agit de malades que leur situation, leurs habitudes, leur profession, leur moralité semblent devoir faire considérer comme très honorables, ou encore de malades atteints d'affections qui paraissent aussi étrangères que possible à la syphilis ou à ses séquelles. Et les préjugés sont si difficiles à déraciner, que certains médecins conservent ces sentiments au delà de leurs études et jusque dans l'exercice de leur profession.

Pareille tournure d'esprit est contraire aux principes d'une saine pathologie et à l'intérêt bien compris des malades.

L'expérience a montré depuis longtemps que la syphilis ignore les barrières sociales, que, vénérienne ou non vénérienne, elle peut se glisser partout, que les syphilis des innocents sont légion, que la maladie est héréditaire et frappe même quelquefois la deuxième génération; que beaucoup de malades ignorent leur mal, si bien que 15 p. 100 au moins des lésions tertiaires les plus avérées relèvent de syphilis à porte d'entrée inconnue.

Parmi les observations de ma clinique et de ma pratique privée, nous trouvons un grand nombre de cas (2) qui confirment la nécessité de toujours penser à la syphilis : dans les uns, nous avons la preuve que son action s'exerce dans bien des affections qui en paraissent indépendantes; dans d'autres, nous verrons qu'elle mériterait, mieux encore que l'hystérie, le nom de « grande simulatrice ».

Passons donc en revue ces observations :

Commençons par l'*appareil respiratoire* : qu'est-il de plus vulgaire qu'une tuberculose pulmonaire et qu'y a-t-il de plus simple en apparence et de plus décourageant que le diagnostic d'une lésion confirmée? La réalité peut être tout autre, heureusement, pour quelques malades.

Une jeune femme de vingt-sept ans, mariée depuis cinq ans, présentait depuis sept mois de l'amaigrissement, de la fièvre vespérale, une toux incessante, une expectoration abondante. Le 2 octobre 1906, elle eut une hémoptysie assez profuse. L'auscultation révélait des signes d'infiltration de tout le côté droit avec ramollissement du sommet. Malgré un examen bactériologique négatif, le cas paraissait assez banal et peu favorable. Mais cette malade avait des traces de syphilides serpigineuses sur la partie inférieure du tronc et sur les jambes : elle avait été contaminée dès le début de son mariage par son mari (atteint plus tard de lésions cérébrales et médullaires). Un traite-

(1) Mémoire offert à M. le professeur J. Teissier, pour le « Livre jubilaire » publié à l'occasion de son XXVe anniversaire d'enseignement magistral.

(2) Mon ancien chef de clinique, M. le docteur Perrin, a bien voulu m'aider à analyser les différentes observations de ce travail.

ment intensif, aidé d'ailleurs par une cure d'altitude, amena en six mois une guérison absolument complète, avec engraissement de 12 kilogrammes, guérison qui se maintient absolue depuis trois ans.

Analogue est le cas d'un médecin âgé de trente-deux ans, syphilitique depuis six ans, et insuffisamment traité par des pilules de protoiodure. Toux, dyspnée, amaigrissement, perte de forces, hémoptysies. La prédominance des lésions de ramollissement donna à penser et mit sur la voie de ses antécédents syphilitiques. L'huile grise eut vite raison de cette pseudo-tuberculose, et notre confrère put reprendre sa profession qu'il avait dû abandonner.

La comparaison de ces deux cas, avec les belles observations de M. Fournier et de M. Dieulafoy, impose la conviction sur la nécessité de penser à la *syphilis pulmonaire*. Ajoutons que, même s'il y a des bacilles dans les crachats, la lésion peut être mixte et justiciable du mercure.

L'appareil circulatoire nous montre des *aortites* en apparence dues à toute autre cause et qui bénéficent largement de la cure iodo-hydrargyrique. L'enquête de mon ancien chef de clinique, aujourd'hui agrégé, M. G. Etienne, a montré, dans un travail que j'avais inspiré, que la syphilis est certaine dans au moins 70 p. 100 des cas d'*anévrisme*. Cette notion ouvre une voie féconde contre une infection jadis réputée de cause ignorée et d'évolution impitoyable.

Dirai-je que maintes anémies suspectes s'améliorent mieux par le mercure que par le fer, parce que leur origine est due à l'infection syphilitique?

Je ne rappelle ici, que pour mémoire, certaines artérites et phlébites. Nous retrouverons les premières au paragraphe des affections nerveuses.

Nous n'avons pas observé de cas aussi saisissants que ceux de Andral, Fournier, Dieulafoy, etc., guérissant par le mercure et l'iodure des *hémorragies* gastriques profuses, relevant d'ulcères gommeux de l'estomac. Mais nous avons vu de *faux néoplasmes* hépatiques guéris par le traitement spécifique.

Faux néoplasme aussi, cette tumeur préauriculaire ulcérée, à apparence épithéliomateuse qui a été guérie en vingt jours, ainsi qu'ont pu le voir mes élèves et mes collègues de la Société de médecine de Nancy.

Une jeune fille de vingt-six ans présente, à la suite d'un *traumatisme*, des *exostoses* d'apparence banale. Elles relevaient pourtant d'une hérédo-syphilis ultra-tardive, sans aucune manifestation antérieure. Guéries par le traitement, elles récidivèrent après sa cessation, sans traumatisme cette fois (cas publié par MM. Ganzinotti et G. Etienne).

Les lésions *articulaires* en apparence consécutives à un traumatisme ou paraissant d'origine tuberculeuse, peuvent être syphilitiques. M. Louis Spillmann en a présenté un exemple à la Société de médecine, et j'ai moi-même montré un autre cas dans lequel une hydarthrose bilatérale relevait de l'hérédo-syphilis chez une jeune fille atteinte simultanément d'une lésion à apparence de gomme tuberculeuse. Inutile de dire que le traitement a amené une guérison rapide.

Les *lésions des muqueuses* sont de celles où les malades bénéficient le plus souvent de la suspicion de syphilis acquise ou héréditaire. Des observations nombreuses en font foi, que j'ai publiées seul ou avec mes élèves. Que de malades, traités longuement et sans succès pour des lupus du pharynx ont vu leur mal enrayé en quelques jours. Souvent c'était un peu tard déjà et des lésions destructives s'étaient produites; parfois c'était assez tôt pour que la cicatrisation soit complète; plusieurs malades de ce genre viennent chaque année à ma clinique, et certains d'entre eux n'attendent pas de nouvelles alertes pour persévérer dans un traitement qui les a si bien soulagés.

Ce sont les appareils *cutanés* et *nerveux* qui donnent les plus grandes surprises et dans lesquels la syphilis sait revêtir le masque d'affections très diverses.

C'est ainsi, par exemple, qu'un homme de quarante ans, à hérédité nerveuse très chargée, présenta, trois mois après une fièvre typhoïde, des symptômes de *sclérose en plaques*. L'enquête de M. Perrin (qui a publié cette observation avec M. J. Parisot), fit soupçonner la syphilis chez ce malade. Après la troisième injection d'huile grise, les symptômes s'amendèrent, donnant un succès analogue à ceux signalés par Fournier, Gilbert et Lion, etc.

Jadis on ignorait la possibilité d'avoir une *polynévrite* syphilitique. Un exemple observé dans mon service et publié par M. Etienne montre bien l'efficacité rapide du traitement. Les cas de névrites guéris par le mercure sont légion aujourd'hui.

Mêmes résultats excellents dans les cas de *paraplégies*, même quand la syphilis est niée ou méconnue (mémoire de MM. Perrin et Parisot). Je rappelle volontiers à mes élèves l'observation d'un malade qui niait de bonne foi toute maladie antérieure, et chez qui une enquête serrée révéla ultérieurement l'existence d'un chancre buccal; ce malade, absolument impotent quand on commença le traitement d'épreuves, guérit rapidement. Plusieurs autres, chez lesquels la syphilis ne put être démontrée, guérirent aussi avec une telle rapidité, qu'aucun doute ne peut subsister. Toute *myélite*, dont l'origine infectieuse n'est pas évidente, doit être traitée intensivement : le plus souvent, ce sera avec succès. Le traitement essayé dans un cas de *tumeur cérébrale* (cas publié par J. Etienne, 1899) présente une amélioration extrêmement rapide. Que serait-il advenu, si on s'en était tenu au diagnostic vraisemblable de tubercule cérébral?

L'*hydrocéphalie*, jadis réputée incurable, bénéficie grandement du traitement depuis qu'on connaît ses rapports avec l'hérédo-syphilis. J'en ai communiqué un exemple à M. Edmond Fournier, qui en a réuni de très nombreux cas.

L'étude de 105 cas de tabes et de 79 cas de paralysie générale, faite avec M. Perrin, nous a amenés à conclure, après d'illustres devanciers, à la relation directe de ces affections avec la syphilis et à l'influence évidente du traitement.

La syphilis est avouée ou certaine chez 81 p. 100 de nos *paralytiques généraux*, et probable chez *au moins* 91 p. 100. Il en résulte la notion de la nécessité du traitement. Celui-ci ne guérit pas la paralysie générale tabétique, mais nos observations démontrent qu'il peut améliorer un quart des malades et entraîner de longues périodes de rémission chez quelques-uns.

Chez les *tabétiques*, la syphilis est certaine chez 82 p. 100 des malades et probable chez plus de 90 p. 100. Le traitement mercuriel et ioduré du tabes (même quand la syphilis est niée) s'impose : il donne des résultats meilleurs que dans la paralysie générale : 21 p. 100 des malades ont été guéris; 25 p. 100 ont eu des arrêts prolongés; 5 p. 100 ont eu des arrêts suivis de rechute par cessation prématurée du traitement; 11 p. 100 ont un ralentissement accentué de l'évolution; 42 p. 100 éprouvent au moins un soulagement symptomatique notable. Le traitement spécifique appliqué au tabes n'a échoué, en définitive, que dans moins de 13 p. 100 des cas étudiés par M. Perrin, chez des malades traités trop tardivement.

Cette statistique démontre que : même quand la syphilis n'est pas trouvée chez les tabétiques, il faut les traiter, car le traitement spécifique est ce qui donne *le plus* de succès absolus ou relatifs. La constatation de symptômes *neurasthéniques* sans signes organiques n'est pas une preuve suffisante que la syphilis n'est pas en cause. Un jeune chef de gare atteint de troubles de la mémoire, de céphalée, de lassitude, etc., n'avait pas cru devoir avouer à son médecin une syphilis contractée neuf mois plus tôt et dont il n'existait aucun signe somatique. Il avait dû quitter son service et était venu me consulter pour cette neurasthénie, quand, pressé de questions, il avoua sa tare; traité, en quelques semaines, il fut transformé et reprit ses occupations.

Nombreux sont les cas d'artérites cérébrales ainsi guéris par le traitement; celui-ci est le plus typique en raison de l'absence des signes objectifs.

J'ai dit plus haut qu'avec le système nerveux, les *téguments* nous fournissent une ample moisson de succès obtenus par le traitement institué malgré des apparences contraires. Voici, par exemple, en résumé, les observations d'une série de malades que j'ai présentés à la Société de médecine de Nancy, en 1907.

I. — *Lésions ulcéro-tuberculeuse du pouce* droit, traitée par rayons X, la Bourboule, etc., pendant quatre ans. Guérison par six injections d'huile grise.

II. — *Pseudo-lupus de la face* chez un garçon de vingt-deux ans, sans antécédents trouvés. Divers traitements pendant deux ans. Guérison rapide par l'huile grise.

III. — Fille de dix-huit ans, *pseudo-lupus* du genou consécutif à une chute. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis. Cette lésion dure depuis douze ans!

Début de cicatrisation après trois injections d'huile grise.

IV. — *Lupus* du nez chez une femme de quarante-neuf ans, avec ulcérations gingivales, labiales, etc., aspect repoussant.

Après quatre injections, amélioration telle que la malade se dit rajeunie de dix ans.

V. — Cuisinière de trente-neuf ans, *mal de Pott* à l'âge de quinze ans avec abcès par congestion. *Lupus* de la face et du nez.

Amélioration rapide par le mercure.

Cessation du traitement, reprise, nouvelle amélioration, si bien qu'elle a pu reprendre son travail.

Je pourrais encore citer des cas de fièvre

syphilitique, à forme typhoïdique, avec température élevée et continue, pouvant faire croire au premier abord à une infection éberthienne.

***

Voilà un faisceau d'observations assez démonstratif pour entraîner la conviction. Il serait beaucoup plus considérable si, au lieu de me borner à citer des cas personnels, j'avais voulu puiser dans la riche littérature concernant cette question.

Comme je l'ai dit en commençant, ces faits sont de deux ordres : syphilis agissant pour produire des maladies à l'origine desquelles son rôle paraît impossible ou problématique ; syphilis simulatrice, revêtant la marque de lésions inflammatoires ou dystrophiques variées.

Dans l'un et l'autre ordre de faits, les résultats thérapeutiques sont aussi beaux, aussi rapides. Si parfois la syphilis n'était pas seule en cause, le traitement spécifique n'a pas été cependant inutile, il a restreint les lésions et préparé le terrain à un autre traitement (par exemple à un traitement local dans les cas de lésions cutanées hybrides).

Si un traitement produit de tels effets et si des affections d'apparences incurables sont guéries par lui, n'est-il pas juste de chercher à dépister la syphilis chez tous les malades qui en sont justiciables? N'est-ce pas faire à la fois œuvre de clinicien sagace et de philanthrope que de chercher à augmenter le nombre de ceux qui seront appelés à en bénéficier? Dans le doute, n'est-ce pas rendre grandement service aux malades, pour les faire profiter de ce doute, que de leur appliquer un traitement d'épreuve?

Mais une telle conduite ne peut être suivie qu'à la condition d'avoir l'esprit préalablement orienté dans cette direction, de croire à la fréquence de la syphilis latente, et de savoir qu'elle peut se cacher sous les apparences morbides les plus diverses.

# Le Danger d'Anémie

Par le Dr Etienne CRUCÉANU

Ancien Interne à Paris

Durant tout le cours de son existence, l'être vivant se trouve en butte à mille dangers qui l'obligent à une lutte perpétuelle, si bien que l'illustre Bichat, cherchant à interpréter la vie dans un sens général, n'a trouvé rien de mieux que de la définir : l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. Sans doute, cette définition est trop négative et, par conséquent, incomplète. Elle ne nous indique pas ce que nous aspirons à savoir : le pourquoi et le comment de la vie; elle ne nous dévoile pas le mystère de l'organisation animée, qui représente l'un des mécanismes les plus admirables de la nature.

Cependant, toute insuffisante qu'elle puisse être, la définition de Bichat exprime une vérité qui trop souvent est oubliée, à savoir que la force de vivre n'est autre qu'une force de résistance. Nous sommes entourés d'ennemis multiples, que la science découvre de plus en plus invisibles, de plus en plus redoutables. Grâce à l'impulsion du génie de Pasteur, ce sont surtout les microbes qui fixent l'attention. Mais il faut bien convenir que le pire de nos ennemis, c'est nous-même : ce sont nos mauvaises habitudes, nos vices privés, nos mœurs sociales. Pour atténuer les fâcheuses conséquences de nos défauts, il faut nous appliquer à nous mieux connaître, car c'est ainsi que nous acquerrons l'avertissement de ce que nous pouvons faire et de ce que nous ne devons pas faire.

Chacun est donc, en grande partie, responsable de ses propres maux; et bien des ennuis seraient évités si on savait écouter les enseignements de l'hygiène et si on songeait, suffisamment à temps, aux ressources de l'art médical. Mais il est des maladies qu'il est fort difficile de prévenir; ce sont celles qui dépendent du tempérament, de la constitution héréditaire, de la prédisposition diathésique. En raison de la race et du milieu, la nature octroie à tout être qui naît une certaine dose d'*énergie* qui peut se dépenser plus ou moins vite suivant les circonstances plus ou moins critiques où il se trouve placé.

La maladie survient lorsque l'usure de la vigueur originelle a dépassé un certain degré au delà duquel la force de résistance se trouve vaincue. Et cette usure n'est pas, comme on pourrait le croire, l'apanage de la vieillesse: elle peut se produire à tout âge et a même plus de chances de se déclarer pendant la période de croissance et d'évolution. En définitive, c'est le surmenage qui est le point de départ de tous les troubles de l'économie; mais il ne faut pas simplement entendre par ce mot excès de travail intellectuel. On se surmène losqu'on impose à un organe quelconque des conditions défectueuses qui l'obligent à travailler trop ou qui le soumettent à un mauvais fonctionnement chronique. Dès lors, l'*organisme se trouve comme déréglé et devient la proie des microbes*, surtout lorsqu'il est fragile et d'autant mieux qu'il a déjà été plus souvent éprouvé.

Pour prévenir sa santé, il serait donc utile de pouvoir reconnaître à partir de quel moment le surmenage est susceptible de devenir pernicieux. L'état de faiblesse donne, sans doute, à ce sujet une sérieuse indication; mais il peut être plus ou moins factice, plus ou moins dominé et d'ailleurs il est toujours consécutif aux souffrances que le sang a subies. Tout surmenage, de quelque cause qu'il dérive, aboutit à un certain degré d'appauvrissement du sang qui caractérise l'anémie. Là est le véritable danger qu'on pourra heureusement conjurer si on a soin d'observer la décoloration de la peau et des muqueuses, et si, dès ce moment, on institue le traitement convenable jusqu'à cessation de toute pâleur. On verra alors progressivement revenir les forces, renaître l'appétit et même s'atténuer toutes sensations douloureuses, car la douleur n'est que le *cri des nerfs* qui réclament un sang plus généreux.

La véritable force de résistance réside donc, en quelque sorte, dans la force du sang qu'on peut, dans une certaine mesure, apprécier par la numération des globules et par le titrage de leurs principes actifs. Le sang, que depuis longtemps Bordeu a pittoresquement qualifié de *chair coulante*, constitue l'intermédiaire obligé de tous les actes les plus intimes de la nutrition. C'est à lui qu'incombe la fonction la plus essentielle de l'économie : il fixe, en effet, l'oxygène de l'air, sans lequel la vie n'est pas possible, et il le transporte jusque dans les cellules les plus différentes, où s'opèrent de délicates combustions qui sont la source de la chaleur animale. Ce rôle de navette est principalement dévolu aux globules rouges et représente la fonction que l'on désigne sous le thème d'*hématose*. On comprend donc les graves dommages que peuvent entraîner la non-régularisation ou l'infériorité de ce mécanisme; et il y a même intérêt à le perfectionner le plus possible, afin de raffermir la résistance et de sauvegarder la vitalité. Dans un récent ouvrage sur la *Régulation hématosique*, le Docteur Joseph Noé, ex-chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris, a donné à ce sujet les aperçus les plus intéressants qui sont de nature à bien mettre en relief le sens et la mesure de l'évolution humaine. Il montre, en particulier, que l'organisme tend par tous les moyens à réaliser les rouages qui permettent la meilleure utilisation de l'oxygène atmosphérique. Les réserves les plus nécessaires doivent consister en des ressources anti-asphyxiques, destinées surtout à l'entretien de la respiration cellulaire et à l'équilibre de sa répartition.

« La nécessité d'une fonction, dit ce savant, est indiquée par sa fréquence; or, l'être vivant respire plus souvent qu'il ne mange et résiste mieux aux jeûnes qu'à l'asphyxie. Aussi, pour assurer le développement de son énergie, dispose-t-il d'une véritable banque : le sang qui permet de maintenir et de régulariser le taux du bilan nutritif, en répartissant dans les tissus la plus précieuse des monnaies : le globule rouge. En favorisant la rapidité et l'intensité des échanges hématosiques, on ne peut donc que contribuer à l'enrichissement de l'économie par la différenciation et la multiplication de ses forces vitales. »

Ainsi, sans un certain luxe de puissances oxydasiques, nous ne pourrions suffire aux dépenses qu'exige la lutte pour l'adaptation au milieu, nous serions incapables de parer aux frais de surmenage que les conditions de la civilisation moderne tendent, surtout dans les agglomérations urbaines, à rendre de plus en plus intensif.

Pour prévenir la faillite la plus importante qui soit : celle de notre santé, surtout pour éviter la neurasthénie et pour échapper à la tuberculose, il importe d'enrayer l'anémie qui, d'une façon générale, constitue la première source de toutes maladies.

A côté du mal, la nature a placé le remède et c'est sans doute pour cette raison qu'instinctivement on a eu recours, pour lutter contre la pauvreté du sang, à l'usage le plus souvent désordonné de viandes saignantes ou même de sang naturel.

Or, les abus de la suralimentation carnée sont passibles des plus fâcheuses conséquences. Ils peuvent entraîner les troubles les plus divers : gastriques, intestinaux, hépatiques, rénaux, nerveux et cutanés, sur lesquels de nombreux médecins ont, depuis quelque temps, appelé l'attention et sur lesquels nous nous dispenserons d'insister. Nous nous contenterons de dire qu'ils peuvent mener à la gravelle, à la lithiase biliaire, à l'obésité, au diabète, etc.

On pourrait croire que les extraits de viande peuvent remplacer la suralimentation carnée. Mais il n'en est rien. Outre qu'ils sont la cause d'accidents toxiques, ils ne font qu'exciter sans nourrir et s'ils enrichissaient le sang, ce serait surtout en raison du fer qu'ils apporteraient. Leur action stimulante est due surtout à la présence de certains principes mal déterminés, que les éléments cellulaires retiennent dans leur trame protoplasmique. Si donc, par un procédé spécial, on parvient à dissocier le tissu résiduel du milieu sanguin, tout en respectant la nature diastasique des précieux agents qui le caractérisent, on pourra obtenir un extrait opothérapique qui sera utile en stimulant ce qu'il faut et à la dose voulue.

Si l'on corrobore les propriétés de cet extrait par l'adjonction fondamentale des principes indispensables à la régulation de la fonction hématosique, on aura réalisé la meilleure médication qui soit susceptible de satisfaire aux indications les plus diverses de la cure anti-anémique. Or, ce progrès dont le besoin se faisait de plus en plus sentir vient enfin d'être accompli, et ce n'est pas là une banale consolation pour tous ceux qui, débilités par le surmenage ou relevant d'une maladie quelconque, veulent au plus tôt abréger leur convalescence et acquérir même un surcroît de résistance.

Il était naturel pour une telle association, d'utiliser le fer dont le rôle dans l'organisme est si important et dont les bienfaits sont bien connus de tout le monde. Mais fallait-il encore trouver une forme qui convînt parfaitement aux exigences de l'organisme et qui, en particulier, fût dénuée de tous inconvénients tels que noircissement des dents, constipation, troubles digestifs, etc. Or, nulle forme ne s'adapte mieux que la forme colloïdale aux diverses conditions du fonctionnement vital, et c'est elle que vient inaugurer une association des plus rationnelles, portant le nom de *Globéol*.

Dans cette association, le fer se trouve non seulement incorporé dans un extrait de globules sanguins, mais encore intimement uni à un autre métal : le manganèse, dont les effets, plus étrangers à l'organisme, sont peut-être plus puissants. On sait aujourd'hui que les oxydations s'accomplissent chez l'être vivant grâce à des ferments oxydants, de divers ordres, qui sont connus sous le terme d'oxydases. Or, pas d'activité oxydasique sans manganèse; la matière albuminoïde qui constitue les diastases ne semble servir que de support à cet agent dit catalytique, en raison du pouvoir qu'il a d'activer, par sa seule présence, les phénomènes d'oxydation.

Dans le Globéol, la combinaison de fer et de manganèse se trouve sous forme d'un complexe colloïdal qui donne toutes garanties pour la guérison rapide et certaine, de tous les états anémiques. Il sélectionne, en effet, la dominante minérale des principes oxydants de l'économie et équivaut à une sorte de vitalisation ou synergique qui concourt le plus efficacement possible à l'enrichissement du sang et au relèvement des forces vives.

Le Dr Noé a bien mis en lumière dans son travail, qui fut l'objet d'une communication à l'*Académie de Médecine*, toute l'efficacité du Globéol qui est, en même temps, rigoureusement inoffensif. Il a établi que c'était la médication la plus active, parce qu'elle permet de porter directement dans l'intestin les agents médicamenteux auxquels nous venons de faire allusion. Dès lors, on n'a plus à craindre de fatiguer l'estomac, et tout en ayant plus de chances de rendre leur assimilation plus parfaite et plus profitable. Nous avons fait nous-mêmes de nombreuses expériences qui nous permettent de conclure que deux pilules prises au début de chaque repas suffiront pour redonner vite au sang les qualités qui lui sont nécessaires pour suffire aux dépenses de l'économie. L'appétit renaît rapidement, les forces reviennent et le malade ne tarde pas à éprouver une sorte de *sentiment de force, de vitalité nouvelle* qui lui fait prendre un goût nouveau à la vie. Souvent, au début, nous prescrivions 8 pilules (4 à chaque repas), le Globéol produisait alors une véritable résurrection. Beaucoup de malades continuaient cette dose pendant tout leur traitement. Le Globéol est, sans aucun doute le remède souverain de l'anémie et de la chlorose, qui se traduisent surtout, chez la jeune fille, à l'époque de la puberté, par les pâles couleurs du visage. Nous avons obtenu des guérisons remarquables dans la scrofule, le lymphatisme. Chez les neurasthéniques qui manquent précisément de cette énergie que donne le Globéol, le Globéol fait positivement merveille. J'ai toute une série de tuberculeux qui se sont guéris grâce au Globéol qui a pu leur permettre d'améliorer leur terrain organique et de résister ainsi à l'invasion microbienne. La cure normale du Globéol est de quatre mois (20 jours par mois, 4 ou 8 pilules par jour).

Je puis, en outre, affirmer que le Globéol abrège notablement la convalescence et cela s'explique aisément. Mais d'une façon générale, on peut dire qu'il représente le spécifique par excellence de toute maladie de langueur. C'est un tonique de premier ordre qui, contrairement aux excitants habituels, manifeste une action réellement utile et persistante. Il abrège la convalescence et augmente, pour ainsi dire, *la force de vivre*, dont tout le secret réside, nous l'avons vu, dans le soutien des conditions essentielles de résistance.

C'est pourquoi nous prescrivons des cures de Globéol à la plupart de nos malades, cette médication ne rencontrant aucune contre-indication et permettant une lutte efficace contre la déchéance hématogénique. Dr Et. Crucéanu.

## REVUE CLINIQUE

**Le signe des phlyctènes,** par le Dr Ott.

Un nouveau signe diagnostique de la mort vient d'être indiqué par le Dr Ott, de Lillebonne. Il présente l'avantage de la simplicité.

L'avant-bras mis à nu, le bras étendu horizontalement, la face antérieure tournée vers le sol et à une distance suffisante de ce dernier pour que la main de l'opérateur et la source de chaleur qu'elle porte puissent manœuvrer librement entre le bras du sujet et le sol.

L'atmosphère environnante doit être immobilisée le plus possible; on recommandera aux assistants de ne faire aucun mouvement susceptible d'amener le déplacement d'air.

Tout étant disposé comme il est dit ci-dessus, on place la flamme de la bougie sous le bras du sujet, l'extrémité allongée de la flamme venant lécher légèrement la peau. A partir de ce moment, il devient indispensable de ne pas perdre de vue la place léchée par la flamme.

Au bout de quelques secondes, en effet, on voit se produire subitement une boursouflure de la peau qui éclate avec un certain bruit, presque toujours perceptible pour les assistants. Cette boursouflure se produit si subitement qu'elle surprend toujours la première fois qu'on cherche à la produire. Aussi deux ou plusieurs épreuves sont-elles nécessaires pour en constater nettement la production.

Si on examine ensuite la place, on constate l'existence d'une aire circulaire, généralement des dimensions d'une pièce de 20 centimes, où l'épiderme s'est soulevé. Sur les bords de cette aire se remarquent les débris ratatinés de l'épiderme, mais aucun liquide n'existe, aucun exsudat quelconque ne s'est produit.

Tout le monde a présent à l'esprit ce qui serait arrivé au cours d'une épreuve analogue pratiquée sur une personne vivante; on aboutirait à la production d'une phlyctène à contenu séreux, soit à la production d'une escharre, mais jamais on n'arriverait à produire une *phlyctène gazeuse.*

Si l'épreuve décrite ci-dessus donne naissance à une phlyctène gazeuse qui éclate, on peut en toute tranquillité affirmer la mort du sujet examiné, car la phlyctène gazeuse ne peut se produire qu'en raison de l'arrêt complet de toute circulation.

**Deux signes précoces d'exophtalmie basedowienne,** par le Dr A. Topolanski (*Arch. f. Augenheilk*).

L'auteur décrit deux nouveaux symptômes du côté de la conjonctive oculaire, qui n'ont pas été décrits avant lui et qu'il considère comme des signes précoces, même prodromiques de la maladie de Basedow.

Le premier est l'existence de quatre stries de congestion, larges de 2 millimètres 1/2 à 3 millimètres, allant de la périphérie du globe oculaire jusqu'à proximité du limbe cornéen et correspondant exactement aux quatre muscles droits qu'on aperçoit, par transparence, à travers la conjonctive. L'ensemble de ces stries présente donc une figure étiolée on en croix, dont les branches sont dirigées vers le centre de la cornée.

Le second symptôme se localise au même endroit où l'on trouve le premier, c'est-à-dire au niveau des muscles droits. On y verrait deux veines, sinueuses et gorgées de sang, émerger sur la conjonctive, parfois d'un tronc commun dont les ramifications se termineraient à une distance de 2/3 de centimètres du limbe cornéen.

Lesdits symptômes s'effacent alors que se développe l'exophtalmie basedowienne, probablement par suite de la compression subie par les vaisseaux oculaires.

Ces altérations de la conjonctive seraient dues à une action locale des substances toxiques circulant dans le sang des basedowiens. D'ailleurs, elles seraient analogues aux autres altérations vasculaires de l'orbite qu'on observe chez les basedowiens, telles que la dilatation, sinuosités et pulsations artérielles des vaisseaux du fond de l'œil.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la pleurésie aiguë,** par le Professeur Albert Robin. Hôpital Beaujon. (*Conc. méd.*).

Je vous parlerai aujourd'hui du traitement d'une maladie banale, la pleurésie aiguë, dont nous avons actuellement plusieurs cas dans le service.

Notre premier malade est un mécanicien de 20 ans. Il fut pris brusquement, huit jours avant son admission, à la suite d'un excès de travail suivi d'un coup de froid, d'une série de frissons et d'un violent point de côté. Puis, la fièvre s'alluma et en quelques heures, à ce tableau vint s'ajouter une dyspnée extrêmement vive. Entré le huitième jour de son affection, nous avons constaté, à ce moment, en avant et en arrière de la poitrine, du côté gauche, une matité absolue et totale. L'espace de Traube était mat. A l'auscultation, on constatait l'absence de murmure vésiculaire, un souffle au niveau du hile, de la pectoriloquie aphone manifeste. Le cœur était refoulé et battait à droite. En même temps, on notait une dyspnée violente, près de 40 respirations par minute, qui s'exagérait par le moindre mouvement. Outre cela, un facies pâle, avec coloration un peu cyanosée des pommettes. La fièvre s'élevait seulement à 38°. Le diagnostic était simple : il s'agissait d'une pleurésie gauche, à grand épanchement, refoulant le cœur.

Ce diagnostic eût été incomplet si nous n'avions pas cherché la nature de la pleurésie. La question de la nature des pleurésies aiguës a été très discutée. On admet par principe que toute pleurésie est tuberculeuse. Eh bien! je n'hésite pas à considérer cette opinion classique comme exagérée. Certes, un grand nombre de pleurésies aiguës sont bacillaires. Quand elles se développent avec des signes de bacillose, chez des sujets suspects, entachés d'hérédité, chez des individus qui ont eu une atteinte tuberculeuse quelconque, chez des tousseurs, vous pouvez dire que la pleurésie est tuberculeuse. Mais ces pleurésies-là ont une allure spéciale. Le début, brusque ou non, est suivi d'une période où la température s'élève beaucoup plus que dans la pleurésie ordinaire. La pleurésie guérie, vous voyez de nouvelles poussées thermiques se produire.

Les auteurs qui ont soutenu la notion des pleurésies toujours tuberculeuses ont apporté des arguments à l'appui de leur opinion. Ils ont dit : dans toute pleurésie suivie de mort, on a constamment trouvé, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses. En second lieu, la plupart des sujets ayant eu une pleurésie soi-disant *a frigore* deviennent tuberculeux; s'ils ne le deviennent pas tous, c'est que la pleurésie a une tendance manifeste vers la guérison. On a dit encore : quand on inocule du liquide pleurétique à un cobaye, celui-ci devient bacillaire. Enfin, la réaction à la tuberculine est, chez ces malades, positive.

A ces arguments, je vais répondre en interrogeant la clinique. J'ai eu l'occasion de suivre un assez grand nombre de pleurétiques. Un sur six seulement a versé dans la tuberculose. Donc, 84 0/0 des pleurésies ne sont pas cliniquement tuberculeuses. L'inoculation, qui soi-disant est toujours suivie de résultat positif, n'est réellement tuberculisante que dans 40 0/0 des cas, et encore faut-il injecter beaucoup de liquide. D'autre part, les statistiques relatives aux cultures du liquide, au cyto-diagnostic et au séro-diagnostic sont négatives pour le plus grand nombre. Enfin, autre raison : les vétérinaires ont constaté l'existence nette de pleurésies *a frigore* chez les moutons et les chevaux. Deux lots de chevaux de remonte, les uns tondus, les autres pas, se trouvent exposés au froid. Les chevaux tondus deviennent pleurétiques dans une proportion importante. Si l'on objecte que le froid a été simplement le metteur en train, je répondrai que les autopsies ne démontrèrent pas la tuberculose chez ces animaux.

Voilà une série d'arguments à opposer à ceux qui soutiennent que la pleurésie est constamment tuberculeuse. Admettre cette doctrine conduit à des conséquences graves. En voici un exemple : une jeune fille, sur le point de se marier, contracte une pleurésie. Son médecin, s'appuyant sur l'opinion courante de la pleurésie toujours tuberculeuse, déclare qu'il faut surseoir au mariage. Quinze ans se passent. Cette personne est demeurée en parfaite santé, mais elle a manqué son mariage et sa vie.

Il doit rester de cette discussion ceci : il y a des pleurésies tuberculeuses indiscutables ou très probables. Vous avez à prendre envers elles des précautions particulières. Pour les autres, soyez moins rigoureux; la cure d'air et de repos pendant la convalescence, l'éloignement de personnes susceptibles d'être contagionnantes seront des mesures suffisantes à instituer.

Cela dit, revenons à notre malade et au traitement à lui appliquer. La thoracentèse, autrefois surtout, s'est imposée au praticien. A la vérité, ce procédé, excellent sans doute, présente ses indications. Il est des cas où il est indispensable, d'autres où il est discutable, d'autres où il est inutile. Il est indispensable dans les cas analogues à celui de notre malade, quand l'épanchement est abondant, dépasse 1 litre 1/2 ou 2 litres. Lorsque la pleurésie siège à gauche et refoule le cœur même s'il n'y a pas de dyspnée, vous ne devez pas hésiter à pratiquer la thoracentèse. Je dis : même quand il n'y a pas dyspnée. J'ai souvenir d'un malade qui, sans dyspnée aucune, mais avec un grand épanchement a succombé rapidement, subitement presque, à sa pleurésie. A plus forte raison, s'il y a dyspnée, l'intervention s'impose-t-elle.

Comment faire la thoracentèse? Généralement, on la pratique dans le sixième espace intercostal. Je conseille plutôt le septième et même le huitième. Vous lirez dans les livres classiques qu'il faut ponctionner sur la ligne axillaire; j'ai toujours préféré ponctionner un peu en arrière de cette ligne. Quelle quantité de liquide retirer? Les classiques recommandent de ne pas enlever trop de liquide à la fois, pas au delà d'un litre. J'estime que l'on peut extraire tout l'épanchement s'il ne survient pas d'accident. Les accidents en question sont : la syncope, l'expectoration albumineuse et l'œdème aigu du poumon. Ils tiennent à la

décompression trop brusque du poumon et sont dus à ce que l'opération n'est pas faite assez lentement. Aspirez donc avec beaucoup de lenteur. J'ai pratiqué des centaines et des centaines de thoracentèses sans ennuis sérieux. Néanmoins, ayez quelque prudence. Pendant que vous videz la plèvre, vous devez suspendre l'opération s'il survient l'un quelconque des incidents que je vais énumérer. En premier lieu la toux persistante. Le malade tousse, vous arrêtez ; la toux cesse, vous reprenez ; la toux reprend aussitôt, cessez l'aspiration. En second lieu, la sensation de douleur, de pesanteur, de déchirement ; arrêtez l'opération. Arrêtez aussi quand le malade éprouve une accélération respiratoire, pâlit subitement ou se couvre de sueurs. Suspendez alors immédiatement, sans essayer de reprendre.

On a proposé depuis quelque temps d'injecter de l'air stérilisé dans la plèvre après la thoracentèse. J'avoue que je n'en vois pas bien l'utilité.

Chez notre malade, nous avons retiré un litre de liquide et le lendemain nous avons commencé le traitement médical. En quoi consiste ce traitement médical des pleurésies, avec ou sans thoracentèse ?

Instituez d'abord le régime lacté absolu, 2 litres de lait par jour. Le lait a l'avantage de ne pas introduire de toxines dans l'organisme et d'entretenir la diurèse.

Savez-vous à quoi a conduit la notion de la nature toujours tuberculeuse de la pleurésie ? A traiter les pleurétiques comme des tuberculeux. J'ai vu nourrir des pleurétiques avec 100 grammes de viande crue. Il en résulta la fermeture du rein et une série d'accidents que le régime lacté fit disparaître.

Donc, la première chose à faire est de conseiller le régime lacté. La deuxième est d'ordonner le calomel à dose à la fois purgative et diurétique :

Calomel .................... 0 gr. 40

Diviser en 4 paquets, à prendre à une heure d'intervalle.

Trois heures après, vous avez des garde-robes, au nombre de 2 ou 3, avec tendance à la diurèse. Le calomel doit être renouvelé si le malade présente de la constipation.

Le lendemain (troisième jour), donnez du salicylate de soude, 2 grammes en cachets de 0 gr. 50, un toutes les 6 heures. C'est un cholagogue, un éliminateur, un analgésique, ayant en plus une affinité spéciale pour la plèvre.

J'ai employé jadis un médicament, le jaborandi, à la dose de 4 gr. en infusion. Il provoque une sudation et une salivation intenses. J'ai vu des malades rejeter un litre de salive en un quart d'heure. C'est un admirable médicament, mais qui a un gros danger : il agit sur le cœur et provoque une asystolie thérapeutique : le pouls devient dépressible et le cœur a des faux pas. Ne le prescrivez jamais dans la pleurésie gauche. Dans la pleurésie droite, vous pourrez le donner dans certains cas exceptionnels, lorsqu'il y a dyspnée intense, épanchement considérable, si le cœur est sain. Je vous indique cette médication plutôt pour mémoire, car elle offre des dangers très grands, quand on n'est pas sûr de l'intégrité du cœur.

Vers le sixième ou septième jour, lorsque la température commence à diminuer, l'épanchement restant stationnaire, ayez recours au vésicatoire. Appliquez un grand vésicatoire. Je vais, là encore, à l'encontre des idées modernes. On reproche au vésicatoire plusieurs choses : de déprimer le système nerveux, de congestionner le rein, d'irriter la vessie, de provoquer la fièvre et d'exposer aux complications des plaies. Je répondrai que le vésicatoire excite la phagocytose, qu'il augmente la ventilation pulmonaire et accroît de 50 0/0 la quantité d'oxygène consommée. Il a non seulement une action mécanique, de révulsion, mais aussi une action dynamique. Il diminue la dyspnée. En outre, loin de déprimer le système nerveux il le stimule ; loin de diminuer la diurèse, il l'augmente. Toutefois, il faut savoir l'appliquer.

Vous mettrez un vésicatoire de grandes dimensions, de 10 centim. sur 12. Vous aurez soin qu'il soit fraîchement préparé, et vous demanderez qu'il soit fortement camphré. Ne l'appliquez pas en arrière, dans le dos, où il gênerait le malade pour dormir et serait difficile à panser. Il gênerait également à cette région, si vous étiez obligés dans la suite de pratiquer une ponction. Lavez donc la peau, posez le vésicatoire et laissez-le en place dix heures. Au bout de dix heures, soulevez-le ; si, au-dessous, la peau est intacte, reposez-le, et attendez. Si la peau est rouge, avec ou sans phlyctènes, décollez le vésicatoire, et remplacez-le par un cataplasme d'amidon assez chaud. Au bout d'une heure, l'ampoule est formée. On enlève le cataplasme, on nettoie la poche, on l'ouvre et l'on panse à la vaseline boriquée.

Y a-t-il des contre-indications au vésicatoire ? Vous ne l'emploierez pas chez les personnes ayant de l'irritabilité de la peau ; vous vous en abstiendrez chez les brightiques, les prostatiques, les malades atteints de cystite. S'il y a simplement des traces d'albumine dans l'urine, d'albuminurie fébrile, vous pouvez vous servir sans crainte du vésicatoire.

Au cours d'une pleurésie, peuvent survenir des prédominances symptomatiques qui imposent une thérapeutique particulière. Le point de côté, d'abord, dont les malades demandent instamment à être débarrassés. Bien souvent, quand je découvre la poitrine de malades atteints de pleurésie, je vois des traces de ventouses scarifiées. Sachez qu'elles ne servent à rien, en l'espèce, si ce n'est peut-être comme porte d'entrée des germes microbiens. Vous supprimerez le point de côté avec une injection d'un centigramme de morphine. Vous pourrez la faire sans crainte, à condition qu'il n'y ait pas une albuminurie notable. Si le point de côté s'accompagne d'une forte dyspnée, il vaut mieux injecter 5 milligrammes d'héroïne, ce qui calme les deux symptômes.

Certains malades ont une fièvre intense, persistante, dépassant 39°. Il est, alors, un excellent moyen dont je vous ai parlé bien souvent, qui réussit presque toujours : c'est l'association du pyramidon et du bichlorhydrate de quinine. Voici, par exemple, un patient qui a pendant quelques jours 40°, au-dessus même. Prescrivez, en cachets, 0 gr. 30 de pyramidon suivi au bout de dix minutes d'une dose se 40, 50, 60 centigrammes de bichlorhydrate de quinine. Faites prendre, après chaque cachet et ensuite, plusieurs tasses d'infusion chaude de sureau ou de bourrache. Le malade sera pris de sueurs profuses. On voit, à ce moment, la température tomber et l'épanchement diminuer.

Vous savez que, du fait de l'épanchement, la quantité d'urine s'abaisse. Si, malgré le régime, elle descend au-dessous d'un litre, donnez la potion de Millard :

| | |
|---|---|
| Acétate de potasse ........ | 2 grammes |
| Azotate de potasse ........ | 2 — |
| Oxymel scillitique ........ | 30 — |
| Infusion de feuilles de genêt. | 120 grammes |

une cuillerée toutes les heures.

Voilà maintenant votre malade convalescent. Dans toute pleurésie, la résorption ne se fait pas sans qu'il reste des fausses membranes, d'où la nécessité d'un traitement consécutif. Il consiste dans l'emploi de l'arséniate de soude et de l'iodure de potassium :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude ........ | 0 gr. 05 |
| K I ........................ | 5 grammes |
| Eau ........................ | 300 — |

Cette solution renferme 2 milligr. 1/2 d'arséniate de soude et 0 gr. 25 d'iodure par cuillerée. En donner une cuillerée à soupe.

Toutes les fois où vous soupçonnez la tuberculose, instituez une médication appropriée, cure d'air, viande crue, huile de foie de morue.

Si, après le traitement, il persiste encore quelque chose du côté de la plèvre, recommandez la gymnastique respiratoire. Cette gymnastique est tout ce qu'il y a de plus simple. Lorsque le malade fait coup sur coup 3 ou 4 inspirations assez fortes par le nez, on voit le côté sain s'élargir plus que le côté de la pleurésie. Eh bien ! appliquez la main sur la partie supérieure et inférieure du thorax, côté sain, et dites au patient de faire un effort respiratoire, renouvelé 4, 5, 6 fois. Il peut répéter lui-même cette manœuvre plusieurs fois dans la journée. Y joindre un massage très doux pour tonifier les muscles interscostaux.

Dans le cas où, malgré tout, il resterait des résidus pleurétiques, vous conseilleriez une cure thermale, à Cauterets, à Allevard, ou au Mont-Dore s'il y a une toux sèche, quintense, se produisant au passage du froid au chaud.

**Sur une nouvelle formule de pommade.**

C'est un glycérolé sans amidon, obtenu simplement par le mélange à chaud de la glycérine avec les produits utiles de la pommade.

Dans une capsule de porcelaine chauffée au bain d'huile à 125 degrés environ on fait fondre ensemble :

| | |
|---|---|
| Antipyrine .............. | 188 grammes. |
| Résorcine ............... | 110 — |
| Terpine ................. | 180 — |

on obtient un produit de consistance huileuse qui, par refroidissement, se prend en une masse vitreuse transparente. Cette masse vitreuse a la curieuse propriété de se dissoudre à chaud dans la glycérine et de donner, par refroidissement, un mélange qui ressemble tout à fait au *cold cram* quand il vient d'être fait. Pour obtenir ce résultat, les quantités de mélange sus-indiquées doivent être triturées avec un kilogramme de glycérine.

Cette pommade jouit des propriétés de ses constituants, elle est légérement antiseptique, sans causticité, elle exerce une action calmante sur la peau, et, par son antipyrine, elle est hémostatique. Comme topique, elle possède une propriété précieuse, c'est de pouvoir être enlevée rapidement avec de l'eau tous ses éléments étant solubles. (M. Monteil). (*Bull. com. des pharm.*.

**Les farines de céréales et de légumineuses diastasées dans l'alimentation des malades et des convalescents,** par le Dr Imbert (thèse de Paris).

L'auteur conseille d'employer, au lieu de la tisane de céréales ordinaire, dont la préparation est longue et peu constante, un mélange de céréales préparé de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Farine de gruau de blé ....... | 5 grammes |
| Farine de riz ................ | 5 — |
| Farine d'orge ................ | 5 — |
| Farine d'avoine douce ........ | 5 — |
| Farine de maïs rouge ......... | 5 — |

Ce mélange est bien divisé dans un peu d'eau froide pour éviter la formation de grumeaux, puis jeté dans un litre d'eau bouillante. Après une cuisson de dix minutes, on ajoute 0 gr. 25 de maltine, qui liquéfie complètement la gelée obtenue habituellement par refroidissement.

La tisane ainsi obtenue est d'une saveur agréable, légérement saline et elle est fort bien digérée par les malades. On peut en donner un à deux litres par jour pour un adulte et, pour les enfants, suivant l'âge, de un demi-litre à un litre, soit à la tasse, soit au hiberon, avec ou sans lait.

Les bouillies peu appétissantes, indigestes, que l'on donne habituellement, peuvent être

remplacées avantageusement par des potages de farines de légumes et de céréales :

| | | |
|---|---|---|
| Farine de riz | 5 grammes | |
| Farine d'orge | 5 | — |
| Farine de maïs | 5 | — |
| Farine d'avoine | 5 | — |
| Farine de gruau de blé | 5 | — |
| Farine de fèves de marais | 5 | — |
| Farine de pois verts | 5 | — |
| Farine de lentilles vertes | 5 | — |
| Farine de haricots verts | 5 | — |
| Tapioca | 5 | — |

(environ une cuillerée à café de chaque).
Maltine du codex 1908 : 0gr50, ajoutée après cuisson.
Eau bouillante : Q. S. pour obtenir 250 centimètres cubes environ.

On fait prendre ce potage toutes les deux heures, tantôt coupé avec son volume de lait, tantôt avec du bouillon dégraissé.

Pour un adulte, trois potages par jour seront une bonne alimentation dans la convalescence.

Afin d'obtenir ensuite un aliment complet, on ajoute un œuf que l'on émulsionne dans le potage chaud au moment de s'en servir.

Pour les enfants, il y aura lieu de donner une quantité variable avec l'âge. Les proportions ci-dessus pourraient, au début d'une convalescence suffire pour vingt-quatre heures.

Ces deux préparations, dont on peut varier les proportions suivant le goût du malade, ont été pour l'auteur une ressource très utile pour maintenir la nutrition pendant la maladie et la convalescence immédiate et même médiate ; elles seules lui ont permis de faire prendre et tolérer le lait à une malade et à des enfants de sept à neuf ans, le digérant mal et ne l'acceptant qu'avec crainte et dégoût.

**Différentes méthodes de traitement des ulcères de jambe** par le Dr Galand (*Écho Médical du Nord*).

Tout d'abord, dit l'auteur, il faut se conformer aux préceptes de l'école française : Pour cette école, en effet, il n'y a pas lieu de craindre de guérir l'ulcère, lorsque le porteur ne révèle aucune tare du côté du rein, du foie et des viscères ; dans le cas contraire, il faut s'abstenir, car l'ulcère sert d'émonctoire.

Tel est le cas chez les cardiaques, les brightiques, les cirrhotiques.

L'auteur divise le traitement en deux catégories : le traitement palliatif et le traitement curatif.

Pour le traitement palliatif, on nettoie la jambe au savon, on applique des cataplasmes d'amidon boriqués (3 par jour) et on lave copieusement à la liqueur de van Swieten ; puis, on saupoudre de peroxyde de dermatol ou de zinc, de thymol bi-iodé. On peut aussi appliquer des compresses de gaze au salol, dont les bords sont enduits de vaseline boriquée. Le Dr Robin emploie la liqueur de Labarraque étendue de trois fois son volume d'eau.

Deux excellentes formules pour le traitement de l'ulcère de jambe sont celles de Beldan de Riga, dont voici la formule prise dans le *Munchener medicinische Wochenschrift*, juillet 1907.

| | |
|---|---|
| Huile d'olives | 15 gr. |
| Fiel de bœuf | 15 — |
| Miel rosat | 8 — |
| Cire blanche | 5 — |
| Sucre pulvérisé | 2 — |

Cette pommade, après détersion à l'eau boriquée très chaude, de l'ulcère, est appliquée matin et soir. On recouvre de toile fine. On entoure d'une bande tangeps un peu serrée.

Et cette autre de Danlos, dont nous empruntons la formule au *Journal de méd. et de chir. pratiques* (10 août 1907) :

| | |
|---|---|
| Onguent styrax | 75 gr. |
| Onguent de canet | 75 — |
| Huile d'amandes douces stérilisée | q. s. |

Même mode d'application que pour la précédente.

Comme il n'est plus permis d'ignorer la composition de la célèbre pommade de Reclus, pommade qui a donné, dans le traitement des ulcères de jambe, d'aussi bons résultats qu'elle en donne dans celui des plaies infectées, nous en rappelons ici la formule :

| | |
|---|---|
| Vaseline | 45 gr. |
| Antipyrine | 0 gr. 50 |
| Acide borique | 0 gr. 30 |
| Salol | 0 gr. 10 |
| Iodoforme | 0 gr. 10 |
| Acide phénique crist. | 0 gr. 01 |
| Sublimé corrosif | 0 gr. 01 |

Lavage, légère onction 3 fois par jour. On couvre de taffetas-chiffon, pour que la pommade ne soit pas absorbée par le pansement, et on maintient le tout avec une bande de crêpe souple.

Le journal entier ne suffirait pas à la simple nomenclature des topiques préconisés pour la cure de l'ulcère variqueux. Citons, au hasard : les acides borique, phénique, salicylique, phosphorique, l'eau chlorurée calcique, le sparadrap au minium, l'emplâtre de Vigo, etc., etc.

M. Galand termine son étude par l'exposé de la méthode ambulatoire, due au chirurgien Leroy, du Havre, dite de la hotte élastique, dont on trouve la description dans la thèse du Dr Maury, son élève. Pour permettre au porteur d'un ulcère variqueux de se livrer à la marche, on entoure sa jambe d'un pansement que l'on fabrique comme suit :

« 1° Mettre pendant une demi-heure sept bandes de tartalane légèrement amidonnée, mesurant 5 m. de long sur 7 centimètres de large dans une solution de formol chaude à 2 0/0 ;

2° Mettre au bain-marie, afin de lui donner une consistance semi-liquide, la préparation suivante qui aura été faite d'une façon aseptique :

| | |
|---|---|
| Eau bouillie | 180 gr. |
| Glycérine anglaise | 100 — |
| Glycérine surfine | 50 — |
| Oxyde de zinc | 40 — |

F. s. a. Passez sur tartalane double et aseptique.

3° Faire coucher le malade, et, pendant cinq minutes, aseptiser par un bon savonnage à l'eau bouillie chaude, sa jambe depuis les orteils jusqu'au genou ; puis, lavage de l'ulcère et de la jambe avec une solution de formol ;

4° Essuyer fortement le membre à l'aide de compresses sèches et stérilisées.

Les bandes formolées, fortement exprimées, sont ensuite trempées dans la préparation ci-dessus, puis roulées, sans trop serrer, autour de la jambe, depuis la racine des orteils jusqu'au genou.

A la sixième bande, commencer juste au-dessous des malléoles de façon à éviter un trop gros pansement du pied.

Au bout d'une demi-heure, la jambe étant toujours restée allongée, ce pansement est sec, souple, comprimant régulièrement le membre et n'occasionnant aucune douleur.

## REVUE DE BIOLOGIE

**La fixation des essences sur le système nerveux.**

MM. G. Guislain et Guy Laroche disent que certaines essences sont nocives pour le névrose et ont en particulier une action épileptogène. Il était intéressant de rechercher si l'on pouvait mettre en évidence la fixation de ces corps sur les éléments nerveux des animaux intoxiqués.

Le système nerveux central du lapin, broyé sans adjonction d'excipient et injecté à la dose de 0 cmc. 2 dans la dure-mère du cobaye ne détermine aucun trouble. Au contraire, si avec la même technique on injecte sous la dure-mère du cobaye du système nerveux de lapins intoxiqués avec l'essence de tanaisie, on détermine des crises convulsives et un coma mortel en huit à dix heures. Quand on injecte à des lapins des doses non mortelles d'essence de tanaisie, mais suffisantes pour déterminer des convulsions, on constate que, seul, le bulbe rachidien de ces animaux est toxique.

Les expériences semblent démontrer l'action élective des essences sur le système nerveux central et spécialement sur la région du bulbe. Les physiologistes d'ailleurs ont démontré par d'autres méthodes que l'écorce centrale et la moelle épinière n'étaient pas nécessaires pour la production des crises convulsives au moyen des essences, et que le bulbe réagissait par des convulsions à des doses insuffisantes pour que l'écorce ou la moelle puissent entrer en activité.

Dans une autre série d'expériences faites avec la même méthode, les auteurs ont vu que les substances toxiques de l'urine introduites chez le lapin par voie intraveineuse se fixaient électivement sur le tissu nerveux et en particulier sur le cortex et non plus sur la région bulbaire comme les essences.

Ces expériences démontrent que les modalités cliniques des différentes intoxications peuvent résulter de localisations électives dissemblables des agents toxiques sur les diverses parties du système nerveux.

(*Soc. de Biol.*).

**De la myocardite parcellaire au cours de la fièvre typhoïde.**

MM. N. Fiessinger et L. Roudowska insistent sur la fréquence au cours des fièvres typhoïdes graves d'une lésion cardiaque passée inaperçue jusqu'alors et qui permet d'expliquer certains accidents que l'on a souvent à tort rattaché aux troubles nerveux. Cette lésion consiste dans une myocardite avec homogénéisation du segment terminal précédant la dissociation segmentaire qui n'apparaît que plus tard. Cette altération serait très fréquente et se retrouverait dans deux tiers des cas des fièvres typhoïdes mortelles.

(*Soc. de Biol.*).

**Recherches sur le synergisme dans le domaine expérimental.**

D'après M. E. Maurel : 1° Les actions des agents thérapeutiques et toxiques peuvent s'ajouter; 2° Les agents dont les actions peuvent s'ajouter se divisent en deux groupes. Les uns exercent leurs actions sur le même élément anatomique. et l'auteur les a désignés sous le nom d'Homohistiques; 3° Pour ces agents, non seulement leurs actions s'ajoutent, mais, en outre, ils peuvent se remplacer dans des proportions qui sont fixées par leurs doses minima mortelles; 4° Les autres agents synergiques exercent leurs actions sur des éléments anatomiques différents, et l'auteur les a désignés sous le nom d'Allohistiques; 5° Pour eux, leurs actions s'ajoutent, mais ils ne peuvent pas se remplacer, et quoique dans leurs interventions communes il faille tenir compte de leurs doses minima mortelles respectives, ces dernières ne peuvent pas nous fixer sur les quantités de chacun de ces agents à donner dans ces interventions.

(*Soc. de Biol.*).

**L'intoxication expérimentale par la toluylène-diamine : histologie et physiologie pathologiques.**

MM. Gilbert et E. Chabrol décrivent les altérations histologiques des organes hématopoïétiques et du foie aux différentes phases de l'intoxication par la toluylène-diamine.

La toluylène-diamine suscite dans l'organisme l'évolution d'un double processus, hémolytique et biliaire.

L'hémolyse se manifeste tout d'abord dans certains organes, plus tard dans le sang circulant. Les organes hémolytiques par excellence sont la moelle osseuse et la rate. Dès le début de l'intoxication, les hématies s'altèrent et se transforment en granulations et boules hémoglobiques. Mais bientôt l'hémolyse, marquée soit par la fragilité, soit par l'hémoglobinémie, se manifeste dans le sang circulant; l'action hémolytique des organes a atteint son summum et se fait sentir sur une partie ou la totalité des hématies. D'après Joannovics et Pick, l'action hémolytique de la toluylène s'exercerait par l'intermédiaire du foie. Les constatations des auteurs tendent à l'attribuer surtout à la moelle et à la rate.

L'hypersécrétion biliaire est fournie par la seule cellule hépatique. Naturellement elle ne peut se manifester sans les matériaux nécessaires, dont l'hémoglobine, d'où les connexions de l'hémolyse et de la biligénie, mais la fonction biliaire n'est pas commandée par l'hémolyse. L'hyperbiligénie est l'expression d'une suractivité hépatique, de même que l'hyperhémolyse est la marque d'une hyperactivité médullaire et splénique. Si le foie n'était pas stimulé par le poison, ses fonctions ne s'exalteraient point et la cholémie et l'ictère ne se montreraient sans doute pas. A ce titre, l'ictère diaminique mérite véritablement le qualificatif d'ictère hépatogène avec hémolyse.

*(Soc. de Biol.).*

## REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

**Médecine-Pharmacie. — Vente de médicaments par un médecin. — Loi du 21 germinal an XI, article 27. — Bourg. — Limites. — Officine ouverte.**

L'article 27 de la loi du 21 germinal an XI autorise les médecins et officiers de santé établis dans les bourgs, villages, communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte à fournir aux malades les médicaments.

Cette dérogation à la règle générale doit être appréciée en se plaçant uniquement au point de vue de l'intérêt des malades, et pour l'interpréter il ne faut pas se borner à raisonner sur l'expression unique de « commune » au sens de limites administratives.

Un bourg est une agglomération de maisons groupées sur un point où convergent les intérêts économiques d'une certaine région et où se tiennent des marchés. Doivent être considérés comme habitants d'un bourg, tous ceux qui résident dans les maisons formant ce groupement où cette agglomération, indépendamment de toute limite administrative pouvant les rattacher à une autre commune.

Dès lors qu'il existe un pharmacien dans le bourg ainsi défini les malades sont certains de trouver chez lui les médicaments qui leur sont nécessaires et un médecin ne peut invoquer l'article 27 de la loi de l'an XI pour les fournir.

(Trib. civ. Rennes, 21 février 1910. *La Loi*, 24 mars 1910.)

**Pharmacie. — Fraude. — Loi de 1905. — Sirop d'ipéca. — Non conformité au codex. — Adjonction d'émétique. — Médicament dangereux. — Prévention unique. — Impossibilité d'en joindre une seconde à l'audience. — Partie civile syndicale. — Intérêt collectif. — Recevabilité.**

La mise en vente et la vente de sirop d'ipécacuanha, dans lequel le pharmacien a cru pouvoir ajouter 0 gr. 830 d'émétique, selon l'un des experts, et 0 gr. 988, selon le contre-expert, par litre de sirop constitue une fraude et non pas seulement une contravention au Codex.

Il doit surtout en être décidé ainsi, alors que tous les experts indiquent que le sirop d'ipéca est plus spécialement employé dans la médication infantile, et que les enfants étant très sensibles à l'action de l'émétique cette adjonction peut n'être pas sans danger.

En pharmacie, il est incontestable que le prix payé par le client, correspond surtout à la main-d'œuvre et à la science du pharmacien, et les éléments qui entrent dans la composition du remède sont d'une importance minime en comparaison des autres facteurs, et il est, dès lors, sans intérêt, que le bénéfice réalisé par le pharmacien soit minime.

Le client, surtout lorsqu'il présente une ordonnance, et le docteur qui a formulé l'ordonnance, doivent nécessairement compter sur les effets connus du sirop d'ipécacuanha tel qu'il a été formulé et demandé, et la délivrance, sous le nom de sirop d'ipéca, d'une préparation ne répondant pas au remède demandé, constitue bien réellement la tromperie sur la marchandise vendue.

Plus que tous les autres, les pharmaciens doivent fournir, avec la plus scrupuleuse loyauté, les produits fort coûteux sur lesquels leurs clients sont en droit de compter, et toute fraude dans les produits médicamenteux doit être réprimée d'autant plus sévèrement que l'intérêt de la santé publique est en jeu.

Un syndicat professionnel de pharmaciens légalement constitué pour empêcher qu'il soit porté atteinte aux intérêts moraux de la pharmacie, et lui maintenir la place qu'elle occupe parmi les professions libérales, a un intérêt moral indiscutable à ce que la loyauté la plus absolue règne dans la profession de pharmacien, qui légitime son intervention comme partie civile et justifie l'allocation de dommages-intérêts.

La fraude qui a consisté à délivrer un médicament non conforme aux prescriptions du Codex dans sa dernière édition, constitue bien également une infraction à l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI; mais à défaut par l'ordonnance de renvoi, d'avoir visé cette infraction spéciale, le Tribunal ne saurait, même à la demande de la partie civile, intervenant à l'audience, relever cette infraction complémentaire, sans aggraver illégalement la situation du prévenu.

(Tribunal d'Amiens, 26 avril 1910. *La Loi*, du 14 mai 1910.)

**Privilèges. — Médecin-dentiste. — Appareil dentaire. — Fourniture. — Client en faillite. — Code civil, article 2101, et loi du 30 novembre 1892, article 12. — Inapplicabilité.**

Les privilèges sont de droit étroit et ne peuvent être étendus par analogie. Le fait par un médecin-dentiste de fournir à un de ses clients tombé depuis en faillite, un appareil dentaire, ne saurait à aucun titre entrer dans les prévisions envisagées par l'article 2101, paragraphe 3, du Code civil et par l'article 12 de la loi du 10 novembre 1892 pour engendrer au profit du médecin dentiste, le privilège institué par ces dispositions légales pour les seuls frais de dernière maladie.

Des travaux préparatoires et de la discussion de la loi du 30 novembre 1892, il résulte en effet clairement qu'il n'est question que de véritables maladies ayant altéré la santé du débiteur et la seule modification apportée à l'article 2101 du Code civil consiste uniquement à avoir étendu le privilège du médecin, même en cas de faillite ou de déconfiture du débiteur, alors que celui-ci n'a pas succombé à la maladie. Il ne semble donc pas possible dans ces conditions d'assimiler à une maladie la pose d'un appareil dentaire.

(Trib. Comm. Saint-Etienne, 22 déc. 1909, *Gaz. Trib.*, 7-8 février 1910.)

Recueilli par René-Bloch,
Docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

## REVUE D'UROLOGIE

**Rétention d'urine.** par le professeur Guyon *(Form. Générier)*.

Dans la *rétention incomplète* s'attaquer aux rétrécissements et procéder, suivant les indications des cas particuliers, soit à l'uréthrotomie interne, soit à la dilatation. Si on prend ce dernier parti, recourir en même temps à un traitement antiphlogistique mesuré et veiller attentivement à la liberté de l'intestin.

Dans la rétention complète, ce n'est pas le rétrécissement même qu'il convient de combattre tout d'abord, mais le travail congestif.

*Traitement médical.* — Dans les rétentions de cause uréthrale récente : opium, bains, cataplasmes, lavements simples, laudanisés ou évacuateurs quand l'intestin n'est pas libre. Sangsues, chez les individus vigoureux.

*Traitement chirurgical. — Deux cas* : le rétrécissement est relativement large ou véritablement étroit. Si le rétrécissement a été franchi par un explorateur de 3 millimètres de diamètre ou au-dessus, on peut très utilement faire usage de la sonde. Si l'explorateur a fait mesurer 2 millimètres de diamètre et, à plus forte raison, s'il n'a pu franchir le rétrécissement, ce serait une faute de chercher à obtenir l'évacuation par la sonde.

Quand on peut utiliser les sondes, on détermine leur calibre en tenant compte du volume de l'olive de l'explorateur. On peut choisir une sonde de même volume que cette olive. Se servir de sondes coniques olivaires. Ne pas laisser la sonde à demeure.

Si le rétrécissement est étroit, on se sert d'une *bougie*. L'urine s'écoule le long de l'instrument. On prend les bougies numéros 3, 4, 5 et 6.

On peut parfois aussi recourir au *cathétérisme appuyé*. Il doit être fait avec douceur : une légère pression au niveau du rétrécissement est nécessaire, mais il faut ne pas user de la moindre force. Il convient souvent de prolonger la pression ou de la répéter séance tenante. Les instruments olivaires cylindriques et, mieux, les bougies de cire conviennent pour exécuter la manœuvre.

Si la bougie laissée en place ne permet pas l'écoulement de l'urine, il faut recourir à l'uréthrotomie interne. Si la bougie à demeure rétablit le cours de l'urine, l'indication de l'uréthrotomie ne peut se poser d'une façon immédiate, à moins de complications particulières.

Quand la rétention d'urine s'accompagne d'*infiltration*, il ne faut pas sonder, mais inciser.

*Rétention d'urine chez les prostatiques.* — Si l'olive exploratrice a pénétré sans rencontrer d'obstacle, sans subir de déviation appréciable, on réussit avec toute espèce d'instrument, mais toujours mieux avec les sondes non rigides. Si l'olive n'a pénétré qu'après avoir rencontré un obstacle, si surtout elle a été complètement arrêtée, c'est aux instruments courbes, coudés ou bicoudés, quelquefois armés de mandrins, qu'il faut avoir recours. La sonde en caoutchouc vulcanisé est excellente dans les cas simples.

Choisir les sondes numéros 14 et 17. Mettre le malade dans la position horizontale. Répéter le cathétérisme à intervalles réguliers quand on peut le pratiquer *facilement*. Quand les premières manœuvres ont été mal conduites ou malheureuses, le cathétérisme répété doit être abandonné et il faut employer la *sonde à demeure*. Il en est de même quand le passage de l'instrument détermine un saignement abondant.

En même temps, recourir aux injections émollientes, antiseptiques, à l'acide benzoïque, aux balsamiques.

En cas d'impossibilité de passer un instrument, recourir à la *ponction sus-pubienne* avec l'appareil Dieulafoy et une *aiguille fine*.

*Rétention d'urine de cause traumatique.* —

Dans les cas *légers*, la miction est possible et non douloureuse, la guérison est la règle et le traitement chirurgical n'est pas indiqué primitivement. Repos complet, tisanes délayantes, cataplasmes. Recourir de bonne heure au cathétérisme progressif, pour empêcher la rétraction de la cicatrice.

Dans les cas *moyens*, la miction est difficile et douloureuse. L'écoulement sanguin par le méat persiste en dehors des mictions. Si le cathétérisme est facile, on le répète 3 ou 4 fois dans les vingt-quatre heures ; s'il est difficile, on laisse une sonde à demeure pendant deux à trois jours. Ces cas se transforment souvent en cas graves.

Dans les cas *graves*, la rétention d'urine est complète. On peut avoir recours à : 1° cathétérisme ; 2° ponction de la vessie ; 3° ponction périnéale simple ; 4° incision périnéale avec recherche immédiate du bout postérieur et application de la sonde à demeure.

C'est à ce dernier procédé qu'il faut recourir. Faire sur la ligne médiane une longue incision dépassant les limites de la tumeur. Couper couche par couche la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. Enlever les caillots et mettre l'urèthre à nu. A ce moment, introduire une sonde par le bout antérieur ; quand son bec arrive au niveau de la rupture uréthrale, le soutenir avec l'index et, en poussant doucement l'instrument, on le voit s'engager dans le bout postérieur. Ne pas prolonger le séjour de la sonde au delà de quatre à cinq jours. Pratiquer ensuite le cathétérisme dilatateur quotidien.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Consultations et Formulaire de Thérapentique Gynécologique,** par le Dr M. Sénéchal, ehirurgien-assistant de la Maison Départementale de la Seine. 1 vol. in-18 de 360 pages, année 1910. Prix : Relié, 5 franes, net, 4 fr. 50 ; broché, 4 francs, net, 3 fr. 50. Franco de port. (Maloine et les lihrairies).

Les formulaires ont pris, à notre époque, une importanre considérable dans la littérature médicale. Bien compris, rédigés avec soin, ils offrent, sous un volume réduit, une foule de renseignements longs, fastidieux à recbercher, parfois introuvables dans les gros traités.

Parmi ces petits ouvrages sans prétentions didactiques, rares sont les formulaires de thérapeutique gynécologique. Marcel Sénéchal a su, sous un volume réduit, réunir à la fois de nombreuses formules qui reudront de multiples services dans la pratique gynecologique, des renseignements précisant et décrivant les manœuvres de petite chirurgie gynécologique à la portée de tous les praticiens vraiment dignes de ce nom Il u'a pas négligé non plus de définir les indicatione d'interventions opératoires plus importantes du ressort du spécialiste.

Divisant son ouvrage en trois parties, précédées allesmêmes de quelques notions générales, il passe successivement en revue les affections des organes génitaux externes, les organes génitaux internes, la troisième partie constitue le formulaire.

En pnhliant ce livre, le Dr Sénéchal a fait œnvre utile. Tout praticien lo conservera.

Il renseigne asses sur le mode habitnel d'un examen complet pour éviter toute tendance à le différer.

Il indique hrièvement, d'après les symptômes fonctionnels et suivant la région atteinte, les affections auxquelles il faut tout d'abord songer.

La thérapeutique y est représentée sous la même forme pratique : très documentée alors qu'il s'agit d'une lésiou dont le médecin traitant peut entreprendre la cure ; elle se contente d'indications conrtes et précises alors qu'il s'agit d'interventions dont l'exécntion reviendra au chirurgieu.

Quel est celui d'entre nous, familiarisé avec les grandes interventions, qui ne se soit trouvé parfois à court de formules alors qu'il s'agissait d'nn eczéma génital ou de telle autre affection, qui, tout en ne réclamant aucun acte opératoire, n'en relève pas moins de la gynécologie ?

Bien lui en prendra d'avoir sous la main le livre qui paraît aujourd'hui, livre fait d'expérience et de savoir.

**Le Régime des Aliénés,** par le Dr Fernand Dubief, vice-président de la Chambre des députés, ancien ministre, auteur et rapporteur d'une proposition de loi sur le *Régime des Aliénés*, préface du Dr Bajenoff, professeur agrégé à la Faculté de Moscou, médecin de l'asile de Préobrajinski. 1 vol. 4 fr. J. Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne.

M. le Dr Dubief était particulièrement indiqué pour écrire cet ouvrage qui restera comme un des travaux les plus importants et les plus consciencieux consacrés à cette très importante questiou du régimo des aliénés.

Nul autre que M. Dubief, l'auteur du projet de loi soumis au Parlement et le rapporteur à la Chambro de cette même loi, n'était plus désigné pour écrire cet ouvrage dont l'action sera décisive sur l'opinion publique, et fera aboutir enfin la loi qui apportera un « statut aux aliénés » et qui, dans l'histoire, gardera à juste titre, le uom de « Loi Duhief ».

Si la loi de 1838 sur les aliénés a réalisé un incontestahle progrès il y a 3/4 de siècle, on ue saurait nier qu'elle apparaisse aujourd'hui comme singulièrement insuffisante. Mieux avertie, la science aliéniste ne peut plns s'accommoder de ces dispositions législatives où la police a plus de part que l'assistance et qui ont plutôt pour objet d'assurer l'ordre puhlic que de satisfaire aux exigences actuelles de la cousciencé sociale.

A la suite de glorieux prédécesseurs, M. le Dr Dubief qui a dirigé autrefois les asiles d'aliénés de Marseille et de Lyou, mettant ses précieuses observations au service d'nne réforme sociale depuis longtemps attendue, a entrepris la revision de cette loi surannee de 1838. Il est arrivé à faire voter par la Chambre des députés, un projet qui tient le plus grand compte des légitimes desiderata de la science sans méconnaître les exigences de la raison et du cœur.

Aprés l'historique et la critique de la législation de 1838, l'auteur aborde tous les problèmes qui se rattachent à la redoutable question des aliénés et qui lui empruntent leur caractère d'inquiétante gravité : la séquestration arhitraire, les aliénés criminels, les aliénés et la peine de mort, les demi-fous et les demi-responsables, le traitement familial et le traitement à l'asile, ete. L'ouvrage est complété par le texte de la proposition de loi déjà votée par la Chambre et actnellement à l'ordre du jour du Sénat. C'est dire que ce livre arrive à son heure : il contribuera en tout cas à montrer la nécessité d'une réforme qui tend à un double but que n'atteint pas la loi de 1838, celui d'assurer une protection efficace de la Société et de remplir pleinement le devoir de guérir et d'assister des malades qui, plns que tous autres, ont droit à la sollicitude des pouvoirs publics dans une haute préoccupation d'humanité.

**La Régulation Hématosique, son mécanisme et ses principes essentiels.** — 1 vol. in-8° raisin, de 60 pages. Prix : 1 fr. 50, par le Dr Joseph Noé, ex-chef de lahoratoire de la Facnlté de médecine. Librairie médicale Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Dans cet ouvrage qui constitue le 4e fascicule des *Actualités thérapeutiques*, l'autenr donne les aperçus les plus intéressants qui sont de nature à bien mettre en relief le sens de l'évolution humaine et la tendance de son perfectionnement.

Il montre, en particulier, que l'organisme tend par tous les moyens à réaliser les rouages qui permettent la meilleure utilisation de l'oxygène atmosphérique. Les réserves les plus nécessaires doivent consister en des ressources anti-asphyxiques, destinées à l'entretien de la respiration cellulaire et à l'équilibre de sa répartition. Aussi la défense hio-chimique de l'économie se trouve-t-elle sauvegardée par l'existence d'un luxe d'hémoglobine et par un mécanisme régulateur, tendant à compenser sa diminution par une suractivité particulière des phénomènes d'oxydo-réduction tissulaire.

Cette régularisation s'impose pour le maintien de la résistance générale, car c'est l'imperfection de l'équilihre hématosique qui crée les syndromes anémiques. Après avoir exposé comment les états d'hypohématose dérivent d'un défaut de perfectionnement évolutif ou fonctionnel, l'autenr montre la nécessité d'une médication qui puisse rationnellement accélérer le processus hématopoiétique et combler le déficit oxydasique.

Cette régulation du cycle hématosique peut être obtenue par l'association d'un complexe colloïdal de fer, de manganèse et d'extrait protoplasmique de globules sanguins, connu sous le nom de globéol. Cette synergie médicamenteuse réalise une intéressante opothérapie bio-plastique et cyto-énergétique, dont les effets sont d'autant meilleurs qu'ils s'accompagnent d'une action antitoxique et hiotonique. Pratiquement, cette médication rationnelle constitue non seulement le spécifique de tous états anémiques, mais encore un adjuvant des plus utiles pour la cure anti-neurasthénique, le traitement antitnberculeux et l'abréviation des convalescences. La deuxième partie de cet important ouvrage a fait l'objet d'une communication à l'*Académie de Médecine*.

Les praticiens qui veulent se tenir au courant de la thérapeutique moderne ne manqueront pas de lire le volume plein d'aperçus nouveaux du Dr Noé.

# CARNET DU PRATICIEN

### Fissures anales

| | |
|---|---|
| Antipyrine | 4 grammes |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 05 |
| Extrait thebaïque | 0 gr. 10 |
| Axonge | 30 grammes |

(Huchard.)

### Pharyngite granuleuse

Quelques heures après le dernier repas de la journée :

1° Débarrasser la gorge de mucosités avec un tampon de ouate sèche ;

2° Nettoyer avec un tampon de ouate imbibé de : Solution de bicarbonate de soude à 2 grammes pour 100 d'eau.

3° Badigeonner deux fois, à cinq minutes d'intervalle, avec :
Solution de cocaïne au 1/5 ;

4° Badigeonner avec un pinceau un peu dur imbibé de la mixtnre :

| | |
|---|---|
| Iode | 2 grammes |
| Iodure de potassium | 2 — |
| Eau distillée | 15 à 20 grammes |

### Cor et durillon

Ramollir l'épiderme par un bain.

Enlever par grattage, ou conche par conche avec le bistouri, les lamelles épidermiques, sans intéresser le derme ou bien mettre sur le cor :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 1 gramme |
| Collodion | 15 — |

qu'on étend avec un pinceau, matin et soir, pendant 4 à 5 jours, puis enlever le tout.

### Hyperidrose

Pédiluves très chands de deux minutes de durée avec 25 centigrammes de permanganate de potasse ou formol à 40 pour 100, solution aqueuse à 25 pour 1.000. Savonuage et rinçage à l'eau froide. Essuyer à sec.

Les chaussettes seront poudrées à l'intérieur avec le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Menthol | 0 gr. 50 |
| Benzoate ou salicylate de hismuth | 10 grammes |
| Acide borique pulvérisé | 100 — |
| Poudre de talc porphyrisée | 300 — |

Mélangés intimement.

Dr Clair.

### Cassure des ongles

| | |
|---|---|
| Extrait de noix vomique | 0 gr. 50 |
| Arséniate de soude | 0 — 05 |
| Nitrate de pilocarpine | 0 — 10 |
| Glycérophosphate de chaux | 1 gramme |
| Oxyde de zinc | 1 — |
| Cochenille | Q. s. pour colorer en rose |
| Vaseline | 10 grammes |

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En romain. — Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*
*En romain souligné d'un trait. — Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant pas d'eau.*
*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant* : Docteur Lucien-Graux.

# ÉCHOS

**Le 606.**

Le Dr Renon, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, exprime de très justes réflexions dans le *Journal des Praticiens*, à propos du « 606 » :

Nous assistons à des mœurs nouvelles, véritablement fort curieuses. La guérison des maladies les plus graves nous est annoncée chaque jour ; mais, chose déconcertante, ce n'est plus dans les sociétés savantes que ces communications sont faites. Chaque matin la grande presse à grand tirage nous raconte les exploits de telle ou telle médication comme ceux du fameux « 606 ». Le résultat de cette publication n'est pas long à se produire. Il n'est pas de jour où un malade ne nous demande notre opinion sur le traitement du Dr Y... ou du Dr Z..., ne comprenant pas qu'on ne l'ait pas encore appliqué à son cas personnel. Si nous répondons que nous ne le connaissons pas, on nous taxe de grande ignorance ; nous passons pour des hommes qui ne prennent pas la peine de lire et qui ne sont au courant de rien. Si nous disons que nous avons bien lu les articles, mais que nous attendons l'avis des personnes compétentes et autorisées pour juger les effets annoncés, on nous suspecte d'être des envieux et des jaloux, qui ne veulent pas reconnaître le mérite des chercheurs ; on nous accuse d'être des sceptiques, dédaigneux de tout progrès.

Comme les malades, les confrères nous interrogent aussi sur l'action curative du « 606 ». Nous ne pouvons rien leur répondre, car peu nombreux sont ceux d'entre nous qui ont pu expérimenter le médicament. Personnellement, le fournisseur du Pr Ehrlich m'a refusé par deux fois l'essai du produit. Et cependant, il est de notoriété publique que, très curieux des nouveautés thérapeutiques, je me livre toujours à une investigation loyale et impartiale des nouvelles médications. Peut-être redoutait-ou l'appréciation indépendante d'un clinicien français, puisque, seuls, quelques hommes de laboratoire ont pu avoir dans notre pays le « 606 » à leur disposition ? Comment, dès lors, les médecins n'auraient-ils pas une suspicion sur des médicaments aussi étrangement présentés ?

Quoi qu'il en soit, cette nouvelle manière de prendre la grand public comme juge des nouveautés médicales, au lieu de les développer devant des pairs, peut rapporter profit et notoriété à ses auteurs : elle jette le plus profond discrédit sur la médecine et les médecins. Comme il s'agit, le plus souvent, de découvertes hâtives, auxquelles manque le contrôle du temps, on n'en parle quelquefois plus au bout de plusieurs mois. Quand Roux, Martin et Chaillou rapportèrent au congrès de Budapest de 1894 leurs 300 cas de diphtérie traités par le sérum, c'est seulement après leur communication que la grande presse fit connaître la sérothérapie antidiphtérique, pour le plus grand bien des malades.

En fait de médecine, le rôle de la grande presse devrait se borner à vulgariser les découvertes de réelle valeur, ayant subi la consécration des discussions des sociétés savantes et l'épreuve du temps, ce suprême juge des médications. Sans cela, on jette la confusion, le trouble et l'incertitude dans l'esprit des médecins et du public. Peut-être même vaudrait-il mieux que les médecins restent seuls à s'occuper de médecine ? Formuler un tel désir est probablement chimérique, en un temps où l'actualité est grande maîtresse, celle-ci consistant d'ailleurs, pour beaucoup à discuter des choses qu'ils ne connaissent pas.

**Sept cas de mort.**

M. le Dr Hallopeau vient de déclarer que le 606 venait de causer à sa connaissance sept cas de mort et deux de cécité.

**Association médicale internationale contre la guerre.**

Cette intéressante association, fondée en 1905 et dirigée par notre ami le Dr Rivière, vient de publier un gros ouvrage contenant les actes et manifestations diverses de cette œuvre humanitaire. Ses moyens d'action sont des plus importants ; elle ne comprend pas moins de 10.000 membres groupés dans des Comités nationaux et elle exerce une action manifeste dans la tendance pacifiste qui tend à se faire jour dans la presse mondiale. Les médecins sont respectés et écoutés et leur parole peut avoir dans leur entourage une influence décisive. Il était très intéressant de réunir dans une même action aussi heureuse leurs efforts disséminés.

L'œuvre de Rivière doit être encouragée et les adhésions devraient être de plus en plus nombreuses. Nous transmettrons les adhésions qui nous parviendraient et qui n'entraînent à aucun frais.

**Le travail de nuit.**

Le *Journal officiel* vient de publier un décret portant promulgation de la convention internationale sur l'interdiction du travail de nuit des femmes employées dans l'industrie, signée à Berne le 26 septembre 1906.

**Hôpitaux de Paris** (Concours de l'externat).

Le jury se trouve définitivement constitué par MM. Camus, Coyon, Decloux, Weil, Chifoliau, Lardennois, Descomps et Jeannin.

**Nos annonces.**

La *Gazette* n'accepte la publicité que provenant de maisons sérieuses et nos lecteurs peuvent recommander sans crainte les spécialités qui s'y trouvent annoncées. Déconpant les annonces, en citant ce journal, ils recevront les échantillons dont ils auraient besoin pour leurs essais cliniques.

**Comment les Japonais arrachent les dents.**

Le dentiste japonais arrache les dents avec ses doigts, sans le secours d'aucun instrument. Il saisit adroitement la tête de son patient à l'angle maxillaire, de manière que la bouche soit forcée de rester ouverte ; puis, plongeant le pouce et l'index de l'autre main dans la bouche de son malade, il arrache, quand le cas se présente et dans l'espace d'une minute, cinq, six et sept dents au patient, sans que celui-ci puisse fermer la bouche, même une seule fois. Quelque incroyable que la chose puisse paraître, elle s'expliquera tout naturellement, quand on saura de quelle manière les dentistes japonais sont préparés à l'exercice de leur art. Sur une planche de bois tendre, sont creusés des trous et dans ces trous on enfonce des chevilles ; puis cette planche est placée par terre et l'apprenti dentiste doit alors, avec le pouce et l'index de la main droite, saisir et arracher les chevilles l'une après l'autre, sans que la planche soit ébranlée. Cet exercice recommence plusieurs fois avec des planches de sapin, des planches de chêne, et enfin d'un bois plus dur, et chaque fois les chevilles sont plus solidement enfoncées. Quand il triomphe de la dernière épreuve, il est mûr pour l'exercice de son art.

**Le ventre de New-York.**

Veut on savoir ce que dévore la plus grande ville du monde civilisé, New-York ? En un an, pendant 1909, on y a mangé 624 millions de livres de bœuf ; 310 millions de livres de porc ; 210.600.000 livres de mouton ; 37.440.000 livres de veau ; 49.590.000 livres de volaille ; 181.954.920 douzaines d'œufs ; 134.723.618 livres de beurre ; 33.708.517 livres de fromage ; 4.112 841 sacs de farine ; 6 millions de sacs de blé ; 3 millions et demi de sacs de pommes de terre et un milliard de litres de lait.

En une semaine, New-York consomme 28 millions d'œufs.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**La caisse des recherches scientifiques**

Nous apprenons avec plaisir que notre éminent directeur scientifique, M. le professeur Moureu, figure sur la liste de la caisse des recherches scientifiques pour une subvention de 3.000 francs pour continuer ses recherches sur l'hydrologie médicale et la thérapeutique thermale. On connaît les travaux importants déjà publiés par notre ami.

# ÉCHOS

**Monument Médical.**

Le monument élevé à Cusset, au professeur Cornil a été inauguré le 18 septembre, par M. Doumergue, ministre de l'Instruction Publique et Lépine, préfet de police.

**Remèdes empiriques dangereux. — Les jus de viande crue d'abattoir.**

Les buveurs de sang se font de plus en plus rares dans les abattoirs. Outre que cette manière de traiter l'anémie était répugnante pour les malades, elle n'était pas sans présenter quelques sérieux dangers. Le malade s'exposait à absorber des micro-organismes pathogènes charriés par le sang des veaux qui était le plus fréquemment employé. On sait aujourd'hui que les veaux peuvent être tuberculeux; rarement il est vrai; on sait aussi que le microbe de la diarrhée infectieuse de ces animaux est transmissible à l'homme et qu'il circule dans le sang. Mais si l'absorption du sang, pris au moment même de la saignée, peut être dangereuse, à plus forte raison sera-t-il imprudent de donner à des malades le liquide coloré qui s'écoule spontanément, pendant plusieurs heures, des quartiers de viande abandonnés à l'air libre sur des plateaux.

J'ai pu me procurer plusieurs échantillons de ce liquide que dans certains abattoirs on considère comme la « quintessence du suc de viande » et que certains médecins n'ont pas hésité à ordonner.

Ce liquide à la couleur du vin de Madère. Quand on le laisse au repos, dans un flacon, il se divise en trois parties: un dépôt brun rougeâtre très abondant, un liquide coloré mais limpide recouvert d'une couche de graisse assez épaisse. Quelle est la composition de ce liquide?

1° Après l'abatage, quand la bête est dépouillée et vidée, les bouchers s'arment d'éponges ou de linges ayant traîné dans tous les coins du « carré » où ils travaillent, déjà souillés de terre, de matières fécales, de déjections des chiens qui, trop nombreux, circulent librement dans tout abattoir qui se respecte, etc. A l'aide de ces éponges ou de ces linges, trempés dans une eau plus ou moins sale, ils enlèvent, sur la chair des animaux, les gouttelettes de sang qui, en se coagulant, « déparerait » la viande. C'est une partie de cette eau sale, restée adhérente aux quartiers de viande, qui entre pour une part dans la composition de notre liquide;

2° Bien que les animaux soient abondamment saignés, il reste encore dans leurs vaisseaux une certaine quantité de sang qui se coagule. Le sérum qui s'exsude fournit la plus grande partie de notre liquide. Ce sérum s'altère rapidement sous l'influence de l'air et des très nombreuses espèces microbiennes qui existent dans les abattoirs. Il dissout une partie de l'hémoglobine du caillot ou de l'hémoglobine musculaire et se colore en rouge. Bientôt cette coloration elle-même se modifie et le liquide prend sa couleur vin de Madère, due à la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Celle-ci est facilement décelable par l'examen spectroscopique;

3° Le dépôt considérable que l'on obtient par centrifugation renferme des globules rouges et des cellules de toute sorte plus ou moins altérées, ainsi que des particules graisseuses;

4° Les milieux ensemencés donnent des cultures excessivement touffues. Les colonies y sont nombreuses et très diverses. Parmi celles-ci, on trouve plusieurs espèces pathogènes: streptocoques, staphylocoques, etc., des levures, des bacilles coliformes, etc., etc. L'examen direct n'a pas permis de déceler la présence des bacilles tuberculeux dans les échantillons que j'ai eus à ma disposition, mais nul doute que dans d'autres on n'en puisse trouver.

Il est donc excessivement dangereux de faire absorber à des malades des liquides de ce genre.

Dr L. Muratet,
(*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales.*)

Le Globéol qui contient les extraits protoplasmiques totaux des globules sanguins est la meilleure préparation reconstituante que peut ordonner le médecin.

**Le casier Judiciaire.**

La criminalité augmente toujours. Il y a cette année 12.000 conscrits pourvus d'un casier judiciaire. Triste.

**A propos des rapports de la calvitie masculine avec les fonctions sexuelles.**

Le Dr Sabouraud publie dans la *Clinique* l'intéressante note suivante:

« J'ai reçu d'un de nos confrères de Constantinople la lettre suivante, qui me paraît d'un haut intérêt. Je la transcris en y omettant seulement les indications qui pourraient, par leur précision, désigner à quelque lecteur les personnes dont il est parlé:

« J'ai lu, il y a quelques jours, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, dirigé par M. Championnière, un extrait de l'un des articles où vous émettiez cette conclusion que la virilité paraissait avoir quelque relation avec la calvitie précoce, qualifiée d'arthritique. Les eunuques n'en seraient point atteints. Vous appeliez l'attention des praticiens de Constantinople comme étant dans un milieu propice pour des observations de ce genre.

« J'exerce ici depuis 1904. Je vais chez des clients ayant harem avec odalisques et eunuques. J'en ai vu, par conséquent, près d'une vingtaine. Eh bien, je ne me rappelle pas en avoir vu un seul qui fût chauve. Bien plus, hier étant en visite auprès d'une cliente ayant fait partie d'un harem et mariée depuis..., je lui ai demandé si elle se rappelait, dans sa longue période de temps vécue auprès du Prince... (période qui se monte au moins à quinze ans), avoir remarqué un eunuque qui fût chauve. Ma cliente est intelligente et observatrice, et elle me déclara nettement qu'elle n'en avait pas vu un seul.

« Dr Pisanté,
« de l'Université de Paris.

Cette lettre appuie non seulement mon enquête personnelle, mais l'affirmation première d'Aristote qui avait attiré mon attention sur ce point. Tous mes remerciements à notre aimable confrère. La question: *Comment la calvitie banale est solidaire de la fonction sexuelle mâle* semble donc désormais nettement posée. »

**Ventilons.**

Il est intéressant de signaler d'excellents ventilateurs *portatifs* pour chambres de malades qui viennent d'êtres créés. Tous renseignements, 7, rue Saint-Anastase, Paris.



# POSTES MEDICAUX

## DEMANDES

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**Docteur** installé en Province et désirant exercer à Paris cherche clientèle chirurgicale ou cabinet de gynécologie et voies urinaires.

**Docteur** ayant cédé sa clientèle cherche à Paris ou en banlieue situation médicale ou para-médicale avec apport de capitaux. (2226)

**Jeune Docteur** désireux de s'installer prochainement succéderait à confrère ayant poste agréable de 12 à 15.000. Nord, Est, Midi exceptés. (2225)

**Docteur** reprendrait immédiatement à Paris clientèle de 20 à 25.000. Dispose de capitaux. Exigerait présentation sérieuse. (2224)

**Docteur** âgé désire trouver clinique ou cabinet de consultations ayant clientèle bien assise. (2223)

**Docteur** cherche à reprendre seul ou en association affaire médicale ou para-médicale, maison de santé, cabinet d'agents physiques, etc. Bénéfices minimum de 20 à 25.000. Engagerait capitaux de 50 à 80.000 dans affaire sérieuse. (2222)

**Etudiant** ayant terminé sa scolarité désire trouver emploi dans clinique. Maison de santé, etc. Peu exigeant. (2221)

**Docteur** succéderait à confrère ayant bonne clientèle de 10 à 12.000. Banlieue Nord jusqu'à une heure de Paris. (2220)

**Jeune Docteur** remplacerait confrère âgé en vue d'une cession ultérieure.

**Docteur** reprendrait immédiatement en Seine-et-Oise ou Seine-et-Marne poste sérieux. Rapport 12.000 minimum, jusqu'à 20.000 (2219)

**Docteur** cherche dans le Centre, chef-lieu de canton ou petite ville, clientèle de 15 à 18.000. Dispose de capitaux, urgent. (2218)

**Dans un rayon** de 200 kilomètres de Paris, jeune docteur reprendrait bon poste bien assis. De préférence seul médecin, ne faisant pas la pharmacie. (2217)

## OFFRES

*Nous prions les confrères qui voudraient céder leurs clientèles, maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.*

**NORMANDIE.** — Pour raisons de famille, docteur céderait très bonne clientèle: chatelains, agriculteurs aisés. 2 docteurs, 2 pharmaciens. Recettes 15.000. Maison confortable. Indemnité à débattre. (349)

**PARIS.** — Quartier agréable. Clientèle à 5 et 10 francs serait cédée contre indemnité raisonnable. Recettes en progression 13.000 francs. Loyer 1.900 francs. (347)

**CENTRE.** — Très urgent. Docteur ayant situation avantageuse en vue désire céder poste d'un rapport de 15.000 dont 2.000 de fixes. Un seul confrère dans la localité. Loyer 800. (345)

**STATION BALNÉAIRE DE L'OCÉAN.** — Docteur pourrait reprendre à des conditions très avantageuses, clientèle ancienne. Nombreux baigneurs et clientèle locale importante. Recettes moyennes 15.000. (344)

**LITTORAL MÉDITERRANÉEN.** — Clientèle d'hivernants (novembre à mai) serait cédée contre indemnité de 8.000 francs. Recettes 16 à 17.000. Urgent. (342)

**PARIS.** — Quartier bien desservi à 10 minutes du Centre. Docteur fatigué céderait très ancienne clientèle facile à développer. Présentation aussi longue et sérieuse que possible. Appartement de 7 pièces. (340)

**SEINE.** — A 15 minutes de Paris. Docteur malade obligé de se reposer céderait aux meilleures conditions poste de 8.000 sans frais. (339)

**SAONE-ET-LOIRE.** — Poste à céder. Chef lieu de canton. 3 Docteurs. 12.000 habitants à visiter. Recettes 14.000. Loyer 900. Indemnité 8.000.

**PARIS.** — Clinique N. G. O. à céder. Recettes en progression 10.000. Loyer 900. Indem. à déb. (334)

**SOMME.** — Docteur reprenant poste à Paris désire trouver acquéreur pour le sien. Recettes 6 à 7.000. Indemnité 1.500 francs. (332)

**PARIS.** — Chirurgien-dentiste installé près gare Saint-Lazare mettrait contre faible indemnité un cabinet, un salon, domestique à la disposition d'un docteur désirant faire consultations. (323)

**YONNE.** — Excellent poste d'un rapport de 15.000 serait cédé contre indemnité raisonnable, faible comptant. Clientèle bien assise. (319)

**PARIS.** — Maison de santé serait cédée à de bonnes conditions. A donné jusqu'à 60.000 francs de bénéfices. Il faut disposer de 80.000 fr. environ de comptant. (317)

Directrice de maison de santé ayant très longue pratique et clientèle cherche commanditaire pour créer une maison. Références des plus sérieuses. (311)

81e Année (Série XIIIe) — N° 70 | Le Numéro : 25 Centimes | 15 Octobre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole...... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Président, Membre du Jury*
*Exposition Bruxelles, Cl. 16*





# ÉCHOS

**Les médecins musiciens.**

L'Orchestre médical reprendra tout prochainement ses répétitions dans le local habituel, 4, rue de Florence.

Les confrères qui seraient désireux d'en faire partie sont invités à en demander les statuts et à s'inscrire chez M. le Pr Richelot, président, 3, rue Rabelais, chez M. le Dr Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard; chez M. le Dr Duchesne, secrétaire général adjoint, 3, rue Rossini, ou chez M. le Dr Vaucaire, archiviste, 52, rue la Boétie.

**La dépouille mortelle du Suédois.**

Un curieux procès vient d'être intenté à l'Institut royal danois d'anatomie par un rentier de Stockholm, nommé Vystroem.

Il y a vingt ans, M. Vystroem s'est engagé par contrat à léguer son corps à l'Institut d'anatomie contre paiement d'une certaine somme. Mais depuis, le pauvre hère qui avait vendu son cadavre est devenu un homme très riche, et aujourd'hui il voudrait résilier son traité.

Toutes les négociations engagées dans ce but ayant échoué, M. Vystroem s'est adressé à la justice.

Or, les magistrats danois ont déclaré que le traité est valable, qu'il subsiste légalement et qu'il n'y a pas moyen de l'annuler. Le tribunal a même condamné M. Vystroem à payer des dommages-intérêts à l'Institut pour avoir violé une clause du contrat en se faisant arracher deux dents sans lui avoir au préalable demandé l'autorisation.

**Un legs à l'Institut.**

M. Meurice a légué à l'Institut : 1° un hôtel, passage du Trône, et ses dépendances, où seront établis un sanatorium pour tuberculeux, un dispensaire, un asile de nuit et un fourneau économique, 2° une somme de 800.000 francs pour la création et l'installation de ces œuvres, dont l'organisation est confiée à la Société philanthropique; 3° 270.000 francs en nue-propriété à l'Institut de France, pour la fondation de prix annuels à décerner à des jeunes filles âgées d'au moins trente ans qui, par leur bonne conduite, leur dévouement, leur travail, auront subvenu à l'entretien de leur père, de leur mère ou de tous les deux, ou encore, orphelines, se seront sacrifiées pour élever leurs frères ou sœurs. Ces prix porteront le nom de Fondation Ernest et Arthur Meurice.

Si, pour un cas quelconque, un des legs ou fondations n'était pas autorisé ou accepté ou devendrait caduc, il reviendrait, comme le reste à l'Institut de France.

**Le Dr Lutaud couronné roi.**

M. le Dr Lutaud est un de nos plus joyeux ironistes; il vient de le prouver d'une façon fort piquante : il s'est fait couronner roi!

Son royaume? Une île, ou plutôt un rocher situé en face de Saint-Raphaël et qu'il acheta naguère à l'Etat pour la modique somme de mille francs. Si l'Etat avait su! Mais l'Etat pouvait-il supposer que le frère d'un préfet de la République afficherait avec tant d'éclat ses préférences royalistes?

Le Dr Lutaud, une fois en possession de son récif, commença par y construire une tour qu'il meubla avec élégance. Il se constitua ensuite une flotte représentée par une méchante barque de pêcheur.

On ne voyait dans tout ceci qu'une innocente fantaisie... Mais voici qu'avant-hier, sous prétexte d'inaugurer son île, il convoqua quelques amis, parmi lesquels M. Carolus Duran, M. Roty, le préfet du Var, M. Mariani, M. Paoli et tout un essaim de jolies femmes. Lorsque tout le monde fut réuni au pied de la tour battue par les flots, le Dr Lutaud, gravement, annonça à ses hôtes la décision qu'il avait prise : celle de se proclamer roi... roi de l'Ile d'Or!

Nul ne songea à protester, d'autant que le roi Lutaud décerna sur-le-champ des titres à tous ses convives : Carolus Duran fut créé duc et pair, Roty reçut le brevet de comte, le préfet accepta sans sourciller celui de baron, tandis que les charmantes invitées se voyaient bombardées princesses..

Et chacun s'en alla gai et content après avoir acclamé le roi et déclaré que la royauté décidément avait du bon...

On s'attend à des mesures énergiques de la part du Gouvernement.

**Ecole de stomatologie.**

Une école française de stomatologie ayant pour but de donner l'enseignement aux étudiants en médecine et aux médecins, s'ouvrira à Paris, passage Dauphine, 24, le 15 octobre courant. Un dispensaire des maladies de la bouche et des dents sera annexé à l'école.

L'enseignement comprendra : la clinique, la technique, la prothèse, l'orthodontie et tous les travaux pratiques de la spécialité. Demander le programme et tous renseignements à M. le Dr Beltrami, directeur adjoint, 12, rue Caumartin, Paris.

**Mort de froid par 45° de chaleur!**

L'Amérique vient de souffrir d'une « vague de chaleur » qui a donné lieu à des curieux accidents : dans l'Arizona, où la température était torride, un charretier, qui conduisait un chargement de glace, se coucha dans sa voiture. Il eut le malheur de s'endormir et on le retrouva, le lendemain, mort et complètement congelé. Il faisait 45° à l'ombre.

**L'hygiène publique en Algérie.**

Le Gouverneur de l'Algérie a fait publier, en français et en arabe, l'affiche suivante, qui a été répandue de tous côtés :

« Dans tous les pays, il s'est trouvé des gens pour croire que les insectes qui vivent autour de l'homme et sur son corps ne présentent aucun danger et même que certains, comme les poux, sont utiles à la santé de celui qui en est couvert.

« C'est là une erreur qui a été démontrée par les recherches des savants. Les mouches, les moustiques, les punaises, les poux, aussi bien de l'homme que des animaux qui habitent dans sa demeure, ne sont pas seulement gênants par leurs piqûres, mais ils sont dangereux par les affections qu'ils transmettent.

« Il faut donc détruire tous ces parasites. Cette destruction utile en tous temps, est plus indiquée encore en période d'épidémie.

« Il existe actuellement, chez certaines tribus, une maladie appelée *typhus*, qui sévit particulièrement sur les gens qui n'ont pas assez de soin de leur corps. Elle est propagée par les insectes, puces, punaises et plus spécialement par les poux, qui piquent et infectent l'homme sain après avoir puisé sur le malade le sang et les germes de la maladie.

« On échappe à peu près sûrement à la contagion par des précautions simples : se tenir propre, prendre des bains fréquents laver et ébouillanter les vêtements, aérer et nettoyer les logements.

« Les malades doivent être placés dans des chambres bien ventilées; on doit éviter de coucher auprès d'eux ou de prendre leur linge sans l'avoir, au préalable, jeté dans l'eau bouillante ou soumis aux vapeurs de soufre pour en détruire les insectes. »

INDICATION DE QUELQUES MOYENS PRATIQUES

POUR RECONNAITRE ET GUÉRIR RAPIDEMENT

# L'Amblyopie alcoolique

Par M. le Dr GRANDCLÉMENT

L'amblyopie alcoolique n'est pas très fréquente, malgré l'usage abusif des boissons alcooliques, en particulier de l'absinthe qui caractérise notre époque.

C'est à peine si j'en observe chaque année une dizaine de cas, sur des centaines et des centaines d'affections oculaires qu'il m'est donné de soigner en cet espace de temps.

Cette maladie, sans être d'un diagnostic très difficile, peut cependant prêter à confusion.

C'est pourquoi je crois devoir indiquer deux symptômes pas ou peu connus qui me permettent depuis longtemps de la reconnaître presque instantanément et avec certitude.

En outre je ferai connaître deux moyens pour la guérir assez rapidement et presque sûrement:

Mais, auparavant, qu'il me soit permis d'exposer en quelques mots ce qu'il importe savoir relativement à cette affection.

L'amblyopie alcoolique n'est pas connue depuis bien longtemps. C'est vers l'année 1860 que Sichel, Desmarres et surtout mon regretté maître et ami Galezowski la firent connaître avec ses principaux symptômes; puis, quelques années après, Samelshon, Vossius et quelques autres déterminèrent sa cause anatomique qui est un peu celle de toutes les amblyopies toxiques, à savoir une sorte de névrite rétrobulbaire du nerf optique, ou plutôt une hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel qui comprime les fibres optiques et finirait par les atrophier à la longue, si l'on n'y porte remède.

Les symptômes essentiels sont:

*Un scotome central* avec conservation complète du champ visuel, et *dyschromatopsie*, principalement pour le vert et le rouge.

Or, ces symptômes ne sont pas toujours faciles à déterminer avec précision, surtout au debut, et peuvent parfaitement être pris pour des symptômes prémonitoires d'une névrite ou d'une atrophie progressive du nerf optique dont ils ne diffèrent guère que par l'intégrité du champ visuel.

Mais il existe deux autres symptômes très caractéristiques, ceux-ci, qu'il m'a été donné d'observer et de signaler depuis longtemps déjà, qui me permettent de faire un diagnostic rapide et à coup sûr.

Effectivement, j'ai remarqué que tous *les amblyopes alcooliques* ont eu ou ont encore la *gastrite si spéciale des buveurs*, plus connue sous le nom vulgaire de *pituite.* Cette gastrite qui ne s'accompagne nullement, comme la gastrite ordinaire, de douleurs épigastriques ni de vomissements alimentaires, est caractérisée par ce fait que les malades *rendent des flots de mucosités glaireuses*, lorsqu'ils se lèvent le matin, dès qu'ils mettent les pieds à terre.

Autre particularité encore qui constitue un symptôme caractéristique de l'affection; ces mêmes malades déclarent qu'ils *voient sensiblement mieux, le matin à leur réveil, mais surtout le soir, au déclin du jour, dès que le soleil a quitté l'horizon.*

Pourquoi? Je n'en sais rien. Mais ce qui est certain à cet égard, c'est qu'il ne s'agit pas ici d'un peu de photophobie; car les sujets déclarent tous ne pas craindre la clarté du jour, et ne pas voir mieux dans la journée, alors qu'ils sont dans un lieu à demi-éclairé; c'est-à-dire dans un demi-jour, rappelant la lumière crépusculaire. Il doit y avoir là une question de prédominance de certains rayons plus favorables à la vision; le soir, rayons ultra violets ou autres; c'est ce que j'ignore.

Avec ces deux symptômes particuliers; *pituite du matin*, et *vision meilleure le soir, au déclin du jour*, le diagnostic est rapidement et sûrement fait.

La constatation de ces deux symptômes, venant s'ajouter au scotome central et à la dyschromatopsie est d'autant plus utile que, dans l'amblyopie alcoolique, l'examen ophtalmoscopique ne donne à peu près aucune indication. C'est que ni la papille optique ni la rétine ne sont réellement touchées dans cette affection, si ce n'est très exceptionnellement.

La lésion organique, lorsqu'elle se produit sérieusement, se trouve cachée, en arrière du globe oculaire, dans la partie du nerf optique qui va du trou optique au globe; et même dans ce parcours, elle n'atteint pas le nerf optique tout entier, mais seulement le *faisceau maculaire*, c'est-à-dire *la partie spéciale de ce nerf qui s'en va sensibiliser la région centrale ou région maculaire de la rétine*, c'est-à-dire encore la partie de la rétine qui sert et préside à la vision centrale.

C'est ce qui explique que chez l'amblyope alcoolique, la vision centrale seule est amoindrie, alors que la vision périphérique ou champ visuel reste intacte, sans que rien d'anormal n'apparaisse au fond de l'œil, sur la papille optique. C'est, tout au plus, si parfois on note un peu de rétrécissement des artères, de dilatation des veines et de pâleur de la moitié externe ou temporale de la papille.

Cette amblyopie conduit rarement à la cécité par atrophie de nerf optique; je n'en ai jamais observé de cas, très probablement parce que les malades qui ne veulent pas se corriger de leurs funestes habitudes, succombent par le fait d'une autre complication plus grave telle que la cirrhose du foie ou une affection organique du cerveau, du cœur, des reins, etc., etc.

J'ouvre ici une parenthèse pour rechercher ce qui revient dans ces cas d'amblyopie alcoolique à l'usage également abusif du tabac; car l'alcoolique est presque toujours en même temps un grand fumeur. Il pourrait donc s'agir chez lui aussi bien d'une amblyopie nicotinique que d'une amblyopie alcoolique.

Mais à cet égard, je ferai remarquer que l'amblyopie nicotinique est une affection très rare, c'est à ce point qu'il ne m'a été donné d'en observer que deux cas authentiques, c'est-à-dire chez des fumeurs n'usant pas de boissons alcooliques. Au reste les orientaux musulmans qui s'abstiennent rigoureusement de boissons alcooliques pour se conformer aux préceptes du coran, ne présentent à peu près jamais l'amblyopie nicotinique; et pourtant la plupart fument du matin au soir et quelques-uns du soir au matin. Il est vrai que l'on a expliqué cette innocuité du tabac chez eux par l'usage du narguilé, lequel instrument ne laisse arriver dans la bouche que la fumée et pas du tout le jus du tabac si riche en nicotine.

Quoi qu'il en soit, chez mes deux amblyopes nicotiniques bien authentiques, il n'y avait ni la pituite du matin, ni la vision meilleure le soir; preuve que ces deux symptômes, sur lesquels j'appelle l'attention du corps médical, appartiennent bien en propre à l'amblyopie alcoolique et la caractérisent nettement.

C'est ce fait d'observation qui m'a fait penser et dire que l'amblyopie alcoolique est peut-être la conséquence d'une intoxication de l'économie par les ptomaïnes engendrées par la gastrite potatorum, plutôt que par l'alcool en nature, allant agir sur le nerf optique.

*Traitement.* — Quoi qu'il en soit, *le point capital pour traiter et guérir ces malades c'est de les amener à cesser absolument l'usage des alcools et même de toute boisson alcoolique, en dehors des repas.*

C'est là la grande difficulté: sous ce rapport, il faut distinguer deux sortes d'alcooliques: 1° ceux qui boivent par nécessité de profession; tels les voyageurs de commerce, les cafetiers, les restaurateurs, les placiers, etc., etc.

Ceux-là, on les guérit assez facilement, en leur faisant envisager le danger de la cécité qui les menace, s'ils ne modifient pas leurs habitudes.

2° Quant à ceux qui boivent par passion, surtout ceux qui boivent seuls, la difficulté est bien plus grande: Ceux-là, généralement, ne veulent pas avouer qu'ils abusent des boissons alcooliques. Je suis, dans ces cas, obligé de faire venir leurs femmes ou une personne de leur entourage qui témoignent hautement des funestes habitudes du sujet en question.

Pour ceux-là j'ai pris l'habitude de leur dire brutalement que, s'ils continuent, ils seront aveugles dans trois mois et aliénés dans six; et j'ai soin de charger une personne de leur entourage de leur répéter ce triste pronostic à chaque instant, afin de les amener à changer leurs tristes habitudes.

Mais un autre point très important, plus important encore, c'est de leur constituer une boisson saine et un peu curative, qui leur rappelle un peu leurs boissons habituelles, et dont ils puissent user à volonté, car ces gens ont tous la dipsomanie c'est-à-dire la manie de boire à tort ou à travers et sans soif.

Dans ce but je leur fait préparer à la pharmacie un mélange par parties égales de vin de Colombo et de sirop d'écorces d'oranges, auquel je fais ajouter soit des gouttes amères de Beaumé, soit de l'extrait de noix vomique; qu'il leur est permis de boire à volonté avec de l'eau, de préférence de l'eau de seltz ou une eau minérale de table.

Cette boisson a le double avantage de guérir leur gastrite chronique, tout en respectant leurs vieilles habitudes de dipsomanes, et de réconforter leur système nerveux, en particulier ici le nerf optique, grâce

à la strichnine des gouttes amères ou de la noix vomique.

J'ai remarqué qu'ils supportent de fortes doses de strichnine, sans être incommodés et que ce médicament est le meilleur reconstituant pour eux. A cela j'ajoute des laxatifs salins quotidiens et des diurétiques.

Avec ce traitement, l'on arrive généralement à guérir une amblyopie alcoolique en l'espace de trois mois en moyenne.

Au bout d'un mois déjà, sans avoir récupéré beaucoup d'acuité, le malade est déjà très satisfait d'être moins sombre, moins irrascible et plus gai; son sommeil est meilleur, et ces quelques avantages obtenus par la sobriété l'amènent facilement à poursuivre sa cure, avec ténacité et courage.

*Résumé et conclusions*

Je me résume et je dis :

1° L'amblyopie alcoolique n'est pas aussi fréquente que pourrait le faire snpposer l'usage abusif des boissons qui caractérisent notre époque.

2° L'usage simultané du tabac ne semble pas jouer un rôle bien considérable dans la genèse de cette amblyopie.

3° Comme elle ne se révèle pas par des symptômes ophtalmoscopiques bien caractérisés, mais seulement par des troubles fonctionnels (scotome central avec conservation du champ visuel, et dyschromatopsie) que l'on pourrait confondre avec ceux un peu similaires de la névrite ou de l'atrophie progressive du nerf optique au début;

Je conseille de rechercher toujours et de suite deux symptômes caractéristiques mais méconnus, à savoir:

*La pituite* ou vomissements glaireux le matin ; et la *vision meilleure le soir* lorsque le soleil a disparu de l'horizon.

4° Cette amblyopie conduit rarement à la cécité par atrophie de la papille optique, soit parce que les intéressés se corrigent, soit parce qu'ils meurent auparavant d'une autre complication alcoolique plus grave (cirrhose du foie, cardiopathie, lésions encéphaliques, rénales, etc.).

5° Pour les guérir le plus vite possible, il faut les ramener à la sobriété par des menaces de cécité et d'aliénation, fréquemment répétées, tout en leur donnant une boisson saine qui atténue leur gastrite, fortifie le système nerveux et calme leurs habitudes de dipsomanie.

# Hystéro-Traumatisme

Par M. le Professeur IMBERT
et M. CLÉMENT
Interne des Hôpitaux de Marseille

Le malade dont nous vous rapportons l'observation est tombé, le 4 janvier dernier, d'une hauteur de 1 m. 20 sur une barre de fer transversale contre laquelle vint s'arcbouter sa région lombaire. Une douleur en ce point, vive mais supportable, sans perte de connaissance, fut ressentie, et voulant se relever, le malade sentit ses jambes se dérober, lui refusant tout service.

A son arrivée à l'hôpital, où il fut transporté dans les premières heures de l'accident, on constate qu'il ne peut remuer dans son lit, à cause surtout, dit-il, de la douleur lombaire que lui cause le moindre mouvement. De fait, les mouvements sont très difficiles, surtout pour le membre inférieur droit : la jambe peut à peine être fléchie sur la cuisse, le talon ne peut être soulevé du plan du lit; à gauche, la flexion se fait à peu près à angle droit et le talon peut être volontairement soulevé. De plus, il y a anesthésie complète du membre inférieur, empiétant sur l'abdomen jusqu'au niveau d'une horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure; hypoesthésie à la partie supérieure, pas d'hyperesthésie. A gauche, le niveau est le même, mais la sensibilité est partiellement conservée. Le périné est anesthésié, ainsi que les organes génitaux externes. Enfin, il y a exagération du réflexe rotulien des deux côtés, pas de Babinski (flexion exagérée des orteils à gauche), pas de réflexe crémastérien.

Localement, on trouve un point douloureux au niveau de la première dorsale. Aucune hématurie ni rétention d'urine; deux jours après, légère incontinence d'urine. Une ponction lombaire évacue 2 cc. de liquide rachidien absolument limpide. Il ne se forma pas d'escharre sacrée et la radiographie demeura négative. On doutait donc, et à juste titre de l'existence d'une fracture.

Cependant, dans les jours qui suivirent, on ne tarda pas à être frappé du caractère particulièrement mobile du malade : d'apparence calme, le voilà qui s'emporte pour des riens, menaçant les personnes chargées de lui donner des soins et leur manifestant sa mauvaise humeur par des injures et des projectiles variés; il menace ses voisins de lit et est pris, à plusieurs reprises, de véritables accès de coprolalie. Il tombe dans la plus bizarre extravagance et tente même de se suicider ; une nuit, un servant le trouve pendu au cordon de son lit et arrive juste à temps pour le décrocher.

Mis en éveil par cet ensemble de signes et surtout par cette tentative de suicide qui montrait que le malade pouvait exécuter des mouvements assez étendus des membres inférieurs, on fouille plus avant dans ses antécédents et, un beau jour, il nous avoue qu'il fit, il y a 4 ans, une chute suivie immédiatement d'impotence absolue du membre inférieur gauche, laquelle dura six mois et disparut aussi brusquement qu'elle était survenue. D'ailleurs, on constata peu après d'autres symptômes, entre autres des crises nerveuses à caractères epileptiformes.

Un certain temps s'écoula ainsi, au bout duquel, la paraplégie ne s'étant pas améliorée, on recourut à l'avis de M. le professeur Laget. Il s'agissait de dépister l'origine traumatique ou névropathique de l'affection et dans l'un ou l'autre cas, une intervention serait tentée, rationnelle dans le premier, purement simulée dans le second. Les signes somatiques purs faisaient localiser la lésion, si lésion il y avait, aux environs de la dixième dorsale, mais il restait un point obscur : c'étaient l'existence de troubles nerveux antérieurs et actuels qui pouvaient faire penser à la grande nevrose. Dans le doute, on intervint. On procède à l'anesthésie, et sitôt la résolution musculaire obtenue, voilà notre homme qui se met à s'agiter sur la table, contractant violemment ses jambes et brisant ses entraves. Le diagnostic s'imposait : nous étions en présence d'un hystérique. Ce que voyant, M. Imbert fait une incision parallèle au rachis, incision toute « psychique », applique un grand pansement avec force coton et bandages et, après avoir recommandé la discrétion la plus absolue à l'entourage fait reporter le malade dans son lit. Il n'y était pas plus tôt arrivé, que, tout à fait réveillé, il se met à crier qu'on ne l'a opéré que pour la forme, pour le guérir « par la pensée », méthode que, dit-il, on a déjà essayée lors de son premier accident, nouvelle preuve en faveur de la névrose. Quant au fait d'avoir entendu ce qui se disait autour de lui, on peut l'expliquer de deux façons : ou bien par ce que, n'ayant pas été assez longtemps maintenu sous chloroforme, le malade, alors en état de subconscience, n'a pu oublier, grâce à une narcose trop brève, les faits et les paroles dites autour de lui; ou bien par une sorte de suggestion involontaire de la part des assistants. Quoi qu'il en soit, notre malade protestait comme un beau diable et il ne fallut pas moins que l'autorité du chef de service pour le ramener à un calme momentané.

Depuis la suggestion paraît avoir agi et faire des progrès : le malade remue partiellement ses membres inférieurs au commandement; même il parvient à se lever tout seul. Quant à sa sensibilité, elle s'est améliorée parallèlement et tout fait présumer que l'on se trouve bien en présence d'un cas d'hystéro-traumatisme, c'est-à-dire d'un de ces cas toujours si difficiles, si délicats à dépister, et encore plus à guérir.

Vᵉ CONGRÈS INTERNATIONAL
D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES
(BARCELONE 13-18 SEPTEMBRE 1910)

# Haute Fréquence et Néoplasmes

Par le Docteur J.-A. RIVIERE

Après plusieurs années de discussions et d'expériences, tous les praticiens reconnaissent aujourd'hui ce que j'ai, le premier, avancé au Congrès international d'Electrologie et de Radiologie Médicales, Paris, juillet-août 1900 : la valeur incontestable de l'énergie de haute fréquence pour la destruction des cellules cancéreuses, alors qu'elle réveille la phagocytose dans les tissus sains.

Dans les observations que je présentais à cette date, j'insistais sur l'action thermo-électro-chimique de la haute fréquence que j'employais dans toutes ses modalités : application directe à l'aide de pôles métalliques, effluves, étincelles, tampons imbibés de solution mercurielle, électrode condensatrice, utilisant tantôt le résonnateur et tantôt le petit solénoïde. Le courant pris directement sur le petit solénoïde donne des effets thermiques qui vont jusqu'à la cuisson (Electro-coagulation de Doyen).

Celui qui est pris sur le résonnateur de Oudin donne surtout des effluves et des étincelles d'un haut potentiel.

Nous avons toujours insisté sur la néces-

sité d'utiliser l'action calorifique de l'étincelle de haute fréquence, et c'est cette action qui est particulièrement recherchée par notre éminent confrère le Dr Doyen. Les dispositifs de haute fréquence permettent d'obtenir les grands effets d'électro-coagulation, recherchés par notre savant confrère, à la condition de prendre le courant aux extrémités du petit solénoïde.

Nous avons toujours insisté sur ces effets calorifiques dus à l'ampérage.

Traité de bonne heure, c'est-à-dire avant sa période de généralisation, le cancer voit ses cellules, fragiles et sans vitalité, se détruire sous l'action thermo-électro-chimique, qui, par une sélection intelligente, laisse survivre, intactes, les cellules normales.

L'action caustique de la chaleur a évidemment une grande part dans l'étincelle alto-fréquente comme dans les applications directes, mais c'est une chaleur spéciale, pénétrante et permanente, qui ne s'éteint pas sur place comme celle du thermo-cautère et des caustiques chimiques. Elle a de plus l'avantage d'être réglée, si cela est nécessaire, mathématiquement, tant au point de vue de sa qualité que de sa quantité et du temps indispensable. Enfin, elle apaise remarquablement la douleur, au lieu de la susciter, et la plaie artificielle produite se trouve suivie d'une cicatrisation beaucoup plus rapide et plus souple qu'avec n'importe quelle autre modalité d'exérèse caustique. L'influence de l'ozone déversé dans les tissus, l'action exercée sur les nerfs trophiques et sur les vaso-moteurs expliquent la remarquable réparation des surfaces traitées par l'alto-fréquence.

Rayons calorifiques très pénétrants, émanations radio-actives et ozonisées accompagnant l'action thermo-électrique; en voilà plus qu'il n'en faut pour expliquer l'influence profondément modificatrice de la haute fréquence. L'analgésie est toujours manifeste, dès le début du traitement. Elle est due à l'entraînement, dans le torrent circulatoire, de toxines spéciales, agissant sur les extrémités nerveuses sensitives; ainsi qu'aux modifications, entraînées dans le nervisme par la vaso-dilatation tissulaire et l'excitation remarquable de la phagocytose. Hypérémie active, stimulation des propriétés cellulaires et persistance des propriétés bactéricides de la haute fréquence; tels sont les phénomènes que l'on continue à observer au cours de la cicatrisation, caractérisée toujours par une sensation de bien-être général et de détente nerveuse, par stimulation réflexe probable de la haute tension dans l'organisme. On conçoit, d'après ce que je viens d'exposer, pourquoi la cytolyse alto-fréquente met obstacle aux récidives du cancer et constitue, actuellement, la méthode de choix pour les cas inopérables et pour les malades redoutant les dangers de l'intervention chirurgicale.

### MILLICURIÉ

Un éclatant hommage vient d'être rendu à la science française : le Congrès international de radiologie qui s'est tenu à Bruxelles a donné le nom de « millicurie » à la mesure-étalon des énergies radio-actives; il a voulu ainsi payer un tribut d'admiration unanime aux deux savants, M. et Mme Curie, à qui est due la découverte du radium.

## REVUE CLINIQUE

**Appendicite simulée,** Intervention par le Dr Leclerc, de Dijon (*Bourgogne médicale*).

On voit de temps en temps des individus simuler une maladie alors que cette simulation n'a aucun motif apparent et ne leur est d'aucun profit. Il est rare cependant de voir ces gens tenir leur rôle jusqu'à accepter une opération grave. L'observation suivante est celle d'un jeune homme de 31 ans qui, vraisemblablement sans aucun motif autre que le plaisir de tromper ceux qui le soignaient, simula une affection abdominale et accepta une laparotomie; il allait quelque temps après en accepter une seconde lorsque la supercherie fut découverte.

Cet homme, que j'observai en décembre 1908 à l'hôpital, me fit en entrant les déclarations suivantes : Sa santé était habituellement bonne. En septembre de la même année, il tomba accidentellement d'une hauteur de plusieurs mètres. Transporté d'urgence dans un service de chirurgie de Paris, on le reçut de suite et deux heures après l'accident on pratiqua une laparotomie sous-ombilicale médiane. Les suites furent normales et trois semaines après il était remis. On lui aurait déclaré alors qu'il aurait eu une rupture de l'intestin.

Cet homme allait très bien depuis son accident lorsque trois ou quatre jours avant son entrée dans le service il prit un peu de diarrhée. Le dimanche il était mal en train. Le lundi matin, brusquement il fut pris d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite et de vomissements : il entra à l'hôpital le soir même.

Je le vois le mardi matin. Il se plaint de souffrir du ventre, par coliques, le maximum des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite; il a vomi, paraît-il, une fois dans la nuit et a fait par le rectum une petite quantité de sang rouge. En outre, il a saigné du nez. La température est de 38°5. Mais le pouls est très bon, battant à 80. Le facies est également bon et la langue normale.

L'examen du ventre montre la cicatrice de la laparotomie sous-ombilicale médiane faite antérieurement, le ventre paraît un peu ballonné. Le malade accuse de la douleur quand on palpe sa fosse iliaque droite, et son hypochondre droit; la région épigastrique paraît aussi légèrement douloureuse. Mais le ventre est souple partout; même, dans les régions douloureuses, la palpation ne fait pas naître de réaction de défense de la paroi. On ne perçoit aucune tuméfaction anormale dans aucune région de l'abdomen.

Le toucher rectal ne révèle rien autre chose qu'un peu de douleur par la pression en haut et à droite.

En présence de ces symptômes : douleur dans la fosse iliaque et température survenues brusquement chez un malade qui a déjà eu une crise appendiculaire, je porte le diagnostic d'appendice aiguë probablement retro-cœcale puisqu'on ne sent rien dans la fosse iliaque. Naturellement l'état local et l'excellence du pouls me font instituer immédiatement le traitement médical.

Dans la nuit du mardi au mercredi, le malade est pris brusquement d'un vomissement et d'une crise douloureuse si violente que l'interne, croyant à une perforation de l'appendice, me fait appeler d'urgence au milieu de la nuit. Mais je trouve la figure bonne et le pouls excellent contrastant avec les douleurs accusées par le malade; je fais continuer le traitement médical.

Le mercredi matin, le malade se plaint toujours très vivement, le ventre est toujours douloureux à la pression dans la région sus-indiquée, mais il est toujours souple, la température est à 36°6 et le pouls à 88. Ni matière, ni gaz.

Le mercredi soir, la température monte à 39°, le pouls restant toujours bon. Cette fois devant les douleurs accusées par le malade et qui paraissent excessives, commençant à être moins affirmatif sur le diagnostic d'appendicite, voyant en tout cas cette soi-disant appendicite ne pas se diriger franchement vers l'enkystement, je propose au malade de lui ouvrir le ventre, ce qu'il accepte immédiatement et sans aucune hésitation.

Je pratique donc la laparotomie par l'incision de Roux. J'attire le cœcum qui vient facilement ; nulle part je ne constate de foyer infectieux ni d'adhérence. Je suis la bandelette antérieure pour découvrir l'appendice; mais au niveau du point de jonction des bandelettes, je ne trouve rien qu'un petit point cicatriciel. L'appendice n'existe plus; il est certain que lors de la première laparotomie, le chirurgien de Paris a profité de ce que le ventre était ouvert pour enlever l'appendice. L'exploration par l'incision de Roux ne me révèle d'ailleurs rien autre chose. Je referme alors cette incision et pour en avoir le cœur net je fais une nouvelle incision sous-ombilicale médiane, sur la cicatrice ancienne. L'intestin est alors dévidé dans toute sa longueur, le ventre est exploré dans toutes ses parties sans que rien d'anormal ne soit découvert.

Après l'opération le malade continua à avoir des symptômes bizarres et déconcertants. La température resta élevée pendant deux ou trois jours avec un pouls excellent et sans aucun symptôme péritonéal. Puis elle tomba enfin. Mais au bout d'une dizaine de jours elle reprit et le malade se mit de nouveau à geindre et à se plaindre du ventre.

Sur ces entrefaites le docteur Parizot, que j'avais l'honneur de suppléer, reprit son service; au bout de quelques jours d'observation et devant la température persistante, il parla de faire encore une laparotomie que le malade était prêt à accepter.

C'est à ce moment seulement que le personnel du service découvrit que cet homme était un simulateur et qu'il faisait monter le thermomètre en le secouant. Cette découverte coupa court à la maladie; la température tomba subitement et le lendemain le jeune homme partit de lui-même sans demander son reste, ce que je regrettai vivement, car son état mental ne put être approfondi.

Cette observation est curieuse et il est rare de voir pousser la simulation jusqu'à ces limites, surtout lorsque le simulateur ne doit retirer de ses mensonges aucune espèce de bénéfice : des souffrances et des dangers, voilà tout ce qu'il pouvait gagner. Car il est impossible de penser qu'il était poussé uniquement par le désir de rester de longs jours à l'hôpital. Cetet catégorie de simulateurs est fréquente et ils ont à leur disposition cent autres moyens moins dangereux que la laparotomie; il l'accepta d'ailleurs de propos très délibéré et sans aucune hésitation. Il est certain que cet homme nous trompa pour le plaisir de tromper, de se faire plaindre et se rendre intéressant.

Il m'est impossible de pousser plus loin l'analyse de son état mental, parce que d'abord je ne suis pas compétent dans la matière, ensuite parce qu'il ne m'a pas été possible d'étudier le malade à ce point de vue : je rapporte donc purement et simplement son observation en le classant dans la catégorie des mythomanes dont Dupré fit en 1905 une étude d'ensemble. Les mythomanes sont des menteurs chez lesquels le mensonge prend les propor-

tions d'un acte morbide. Je rapprocherai également ce cas de celui publié par Dieulafoy en 1908 : il s'agissait d'un homme qui se faisait sur le bras gauche des escharres avec de la potasse caustique et qui après s'être présenté à tons les médecins, accepta successivement l'élongation de nerfs du plexus brachial, puis l'amputation du bras gauche. Quelque temps après il recommença à se faire des escharres sur le bras droit et allait accepter l'amputation de ce bras lorsque la supercherie fut découverte. Ce malade n'avait aucun intérêt ni aucun motif apparent pour se faire amputer. Dieulafoy range son observation dans une catégorie particulière de mythomanie, celle où le mensonge est acompagné de voies de fait, ici de la fabrication des escharres ; il propose de donner à ces cas le nom de pathomimie.

**Hémorragie, cirrhose et diabète**, par le Dr Barot, d'Angers (*Soc. de méd. d'Angers*).

Je m'excuse tout d'abord, à notre époque de savantes investigations de laboratoire, de présenter à la Société de Médecine le simple exposé d'un fait clinique. Je n'ai à son appui à vous apporter ni pièces pathologiques, ni coupes microscopiques, ni cultures bactériologiques... C'est de la clinique, ce n'est que de la clinique... peut-être cependant ce fait aura-t-il l'honneur d'amorcer une discussion qui, par le concours de nos collègues de l'Ecole, ne tardera pas à devenir vraiment savante.

Un mécanicien d'usine, de forte corpulence, père de plusieurs enfants, de santé très robuste, âgé de 54 ans, est brusquement pris d'hémorragie intestinale extrêmement abondante... au bout de quatre jours de soins appropriés, le médecin traitant — médecin de société de secours mutuels à l'abonnement — condamne le malade. C'est à ce moment, qu'appelé par la famille, j'interviens. La médication que j'ordonne est absolument identique à celle de mon confrère, mais j'affirme la guérison, je soutiens le malade par tous les petits moyens en usage. J'essaye d'arrêter l'hémorragie par des applications de glace sur le ventre et j'ai le plaisir de constater la cessation du phénomène si effrayant.

Lentement l'état général se rétablit et une vingtaine de jours plus tard je considère mon sujet comme hors de danger et l'examine à mon aise.

Il a énormément maigri, me dit-on, depuis un an, près de 15 kilos, il est pâle, mais nullement cachectique, il présente des signes certains d'artério-sclérose. Pas de lésion aortique, les poumons sont en bon état, la rate normale, le foie est gros, il déborde de quatre travers de doigts le rebord costal, il est sensible à la pression. L'estomac semble normal, l'abdomen ne présente aucune sensibilité spéciale.

L'examen des urines ne me révèle que la présence de sels biliaires, sans albumine, ni sucre.

Je porte le diagnostic de cirrhose alcoolique, avec hémorragie intestinale.

Le malade se rétablit assez rapidement : j'établis un régime sévère et je cherche à persuader au malade que son intérêt est de le suivre.

Après plusieurs mois de convalescence, il reprend son travail et ses habitudes d'intempérance.

Après trois mois de travail, il est victime d'un accident au pouce droit, qui lui vaut 40 jours de repos forcé... Vers la fin de cette période, il vient me consulter, se plaignant d'une sensation de soif intense et de polyurie. L'examen clinique de l'urine me révèle de 60 à 80 grammes de sucre.

J'institue un régime classique, il n'est pas suivi. Un mois s'était à peine écoulé que l'hémorragie recommence, comme la première fois, violente et tenace, mais localisée au naso-pharynx.

Je fais appel au concours du Dr Léon qui, pendant quinze jours, est obligé d'intervenir presque quotidiennement pour cautériser la muqueuse nasale congestionnée.

Le diagnostique épistaxis diabétique.

L'examen des urines ne révèle plus de sucre et plus de pigments biliaires, le foie est sensiblement diminué de volume.

Après deux mois environ de maladie, le sujet reprend son travail et par degrés s'écarte de son régime antiglycosurique. Le sucre réapparaît dans l'urine, la teneur s'en élève progressivement à 30, 40 et 60 grammes.

Après quatre mois de travail, troisième hémorragie, aussi violente, quoique un peu moins longue et seulement intestinale. Cette hémorragie est soignée en mon absence par le Dr Gaugain.

Après guérison, je constate la disparition totale du sucre dans l'urine.

Huit mois plus tard, le sucre étant réapparu et remonté à son taux habituel de 60 à 80 grammes, quatrième hémorragie, cette fois double, stomacale et intestinale, hématemèse et meloena.

Le malade est sérieusement effrayé : il guérit encore, fait de belles promesses et reprend son travail. Le sucre a de nouveau disparu.

Mais la chaleur des machines est telle qu'il oublie ses engagements, se met à reboire, élimine du sucre, et quatre mois après, fait une cinquième hémorragie intestinale. Elle a eu lieu il y a environ trois semaines ; elle a été moins forte que les précédentes.

Les urines examinées récemment ne contiennent plus de sucre. l'état général est passable : le malade va reprendre son travail.

Je tenais à signaler à votre attention le cas de cet homme qui, en moins de trois années, a en cinq hémorragies très graves, de cause identique et qui sont remarquables par ce fait, qu'après chacune d'elles et pendant une période d'environ trois mois le diabète a totalement disparu.

Ces hémorragies sont-elles dues à la cirrhose alcoolique probable ? au diabète certain ? constituent-elles un moyen de défense, de désintoxication de l'organisme ? Je l'ignore.

Je ne me livrerai à aucune explication, ni à aucun commentaire de ce phénomène, je laisse à des paroles plus autorisées que la mienne le soin de le faire.

## REVUE DE GYNECOLOGIE

**Le lever précoce chez les accouchées**, par Mlle Lacy (*Revista de medicina et Cirurjia practicas*).

Sur le conseil du Dr Recasens, Mlle Lacy a soumis au lever précoce préconisé par Kumell, soixante nouvelles accouchées de la Clinique de la Faculté de Médecine.

Cette expérience a été faite avec les femmes dont l'accouchement avait été normal, sans trop grande perte de sang, et dont l'état des forces était assez satisfaisant pour ne laisser craindre aucun danger. Les déchirures du périnée, et même du vagin, n'étaient pas une contre-indication.

Le premier jour, les malades restaient levées de deux à quatre heures et ne marchaient, sauf quelques rares exceptions, que pour se rendre du lit à la place où elles devaient demeurer assises. Les jours suivants, la durée du lever était prolongée, en même temps qu'on permettait quelque marche.

Trente-trois femmes, dix-neuf primipares et quatorze multipares, se sont levées vingt-quatre heures après l'accouchement ; dix-huit de la quarante-huitième à la soixante-deuxième heure, et neuf le quatrième jour, dont six primipares et trois multipares.

Cette expérience a donné les résultats suivants :

Aucun vertige ou accident n'est venu interrompre le lever précoce.

Le pouls augmentait de fréquence, atteignant quelquefois 120, avec température normale.

La température est montée dans quelques cas. L'auteur n'indique ni le degré qu'elle a atteint, ni les raisons de cette ascension qu'elle suppose être due à une rétention des lochies.

La rétention d'urine, lorsqu'elle existait, a disparu par le lever.

Par contre la constipation n'a pas été modifiée et des laxatifs ont été nécessaires.

Le retour de l'appétit et des forces n'a pas été retardé par les levées.

On n'a observé aucun cas de thrombose ou d'embolie.

**Annexo-appendicite**, par le Prof. Segond (*Semaine gynécologique*).

Je pense, mais je suppose seulement, que cette jeune personne a subi une des nombreuses opérations qui ont cours en Amérique pour maintenir en antédéviation la matrice culbutée dans le cul-de-sac de Douglas. Il est possible, il est même probable qu'une plicature des ligaments ronds a été exécutée de l'autre côté de l'Atlantique sur cette petite malade. L'intervention, — que ce soit une ligamentopexie ou une autre, — n'a pas été suivie de succès. Voilà tout ce que je puis avancer. Mais il n'y a pas lieu d'adresser, de ce chef, au chirurgien, le moindre reproche. Les opérations qui ont pour but de corriger la rétroversion peuvent échouer, malgré tous les soins apportés par le chirurgien dans l'exécution de son opération. C'est ce que démontrent les chirurgiens.

Si une critique était permise, dans l'espèce, elle porterait sur un tout autre point. Je m'explique.

A cette heure, on connaît les relations qui existent entre l'appendicite et les annexites et inversement. C'est en Amérique que l'histoire du flirt appendico-annexiel a été tout d'abord mise en lumière par nos excellents collègues d'outre-mer. Peut-être — je dis peut-être, car je ne sais pas si cette critique est justifiée — peut-être l'opérateur en question aurait-il pu vérifier l'état de l'appendice et savoir si celui-ci n'était pas atteint.

Même dans cette critique atténuée et conditionnelle, je dois faire d'expresses réserves. En effet, les annexes gauches ont seules été enlevées. Il est donc possible, il est donc probable, que les annexes droites n'étaient pas malades à cette époque et que, par suite, l'appendice n'avait pas encore subi l'influence du flirt annexiel.

Je vous ai déjà dit, et je vons le répète, car il s'agit d'une question de pratique qui a son importance, je vous ai dit qu'au cours de toute laparotomie faite en particulier pour des lésions annexielles ou appendiculaires, il était nécessaire de vérifier l'état et de l'appendice, et des annexes.

Si l'examen *de visu* de l'appendice est de rigueur, dans toute opération dirigée contre les annexes, cela ne veut pas dire qu'il faille systématiquement pratiquer l'extirpation de l'appendice iléo-cæcal toutes les fois qu'on enlève les ovaires et les trompes soit d'un côté, soit des deux côtés de la matrice.

Je ne crois pas utile d'enlever toujours, et d'une façon systématique, un organe sain, parce que nous ne savons pas si ce petit organe n'est pas chargé de fonctions non encore déterminées.

Par contre, je dis que nous devons soigneusement examiner l'appendice au cours de toute

laparotomie, et l'enlever toutes les fois que ce petit organe présente des particularités qui l'éloignent de son type normal, qui l'exposent à des complications, à des inflammations, à des coudures, etc.

Un appendice long, très mobile, un appendice coudé, tordu par exemple, prédispose — on le sait — à l'appendicite.

L'appendice iléo-cæcal que j'ai enlevé à cette malade avait des particularités intéressantes. Non seulement il était particulièrement long, non seulement en certains points il présentait des traces d'inflammation, mais il existait une assez large bride qui l'étranglait dans une partie de son trajet.

Cette bride existait-elle lors de la première intervention ? C'est possible. Si oui, l'opérateur n'aurait-il pas mieux fait d'enlever l'appendice ? Je le crois.

Mais revenons à l'analyse des faits constatés au cours de l'opération exécutée sous nos yeux il y a un instant.

L'appendice remontait derrière le cæcum et était adhérent à la face postérieure de cette portion du gros intestin. Son extrémité borgne était non pas la portion basse, mais elle était placée plus haut que l'extrémité cæcale. En outre, l'appendice était bridé par un énorme cordon épiploïque qui l'appliquait contre la face postérieure du cæcum.

Pour avoir l'appendice, j'ai dû pratiquer la section de cette bride épiploïque.

Je crois que c'est cette bride qui a singulièrement contribué à produire les lésions appendiculaires.

Permettez-moi de reprendre un peu l'histoire clinique de cette malade.

Débarrassée de ses annexes gauches, cette jeune femme a eu mal du côté droit de son bas-ventre, vous ne l'avez pas oublié.

Quelle est la signification de cette douleur localisée du côté opposé au siège des précédentes lésions ovaro-salpingiennes ?

Rappelez-vous bien qu'une femme qui vient à souffrir de son côté droit, après avoir eu des douleurs dans son bas-ventre du côté gauche, rappelez-vous bien que cette femme doit être soupçonnée d'entretenir un flirt annexo-appendiculaire.

Toutes les fois qu'un flirt de cette nature est soupçonné, il faut faire le départ des responsabilités qui incombent aux deux partis en présence.

Il faut se demander qui a fait les premières propositions, si ce sont les annexes qui ont fait les yeux doux à l'appendice ou si c'est cet affreux petit organe qui a lancé un œil oblique à l'ovaire et à la trompe.

Dans les deux cas, les résultats sont les mêmes. En effet, c'est à une étroite fusion que les rapports aboutissent.

Quand les annexes commencent, il s'établit de la péri-annexite et l'inflammation gagne l'appendice.

Au contraire, quand c'est l'appendice qui débute dans les hostilités amoureuses, on voit apparaître de la péri-appendicite qui amène l'adhérence des annexes.

Dans le cas actuel, il y a de la rougeur, de la congestion, de l'inflammation qui se traîne du côté de l'appendice.

Au moment de l'opération, au-dessous de la bride qui étrangle l'appendice, il existait à coup sûr de la rougeur, une grande vascularisation. Au-dessus de la bride, l'appendice était pâle, blême, sans trace d'arborisation.

J'ai ouvert l'appendice après l'opération, et voici ce que j'ai constaté :

La portion rouge, vascularisée de la partie cæcale de l'appendice, cette portion atteinte de péri-appendicite correspond à la portion saine, normale, non enflammée de la muqueuse appendiculaire. Au contraire, à la portion de l'appendice non atteinte de péri-appendicite correspond une portion de muqueuse rouge, enflammée.

La bride qui sépare les deux zones a eu une action dans la genèse des accidents.

Cette bride a été la cause d'une moindre résistance de l'appendice au niveau de son orifice borgne. La circulation s'y est faite moins bien. L'inflammation s'y est produite aisément.

Nous avons saisi, dans le cas actuel, comment les choses se passent parfois dans le firt annexo-appendiculaire. Nous avons vu comment les annexes malades ont agi sur l'appendice en créant la production d'une bride. Nous avons constaté que l'inflammation était partie des annexes et avait gagné l'apendice. Nous avons vu comment la bride, en produisant l'étranglement de l'appendice dans un point de son trajet, avait amené un *locus minoris resistentiæ* et déterminé, dans la partie de l'appendice voisine de l'extrémité borgne, des phénomènes de stase et d'inflammation de la muqueuse appendiculaire. Ces notions ne sont pas sans importance. Je vous prie de les fixer dans votre mémoire.

## REVUE D'UROLOGIE

**Diagnostic raisonné d'une tuberculose rénale à ses débuts,** par le professeur A. Pousson (*Jour. de méd. de Bordeaux*).

Il est entré, il y a vingt jours, dans notre salle d'hommes un malade couché au numéro 18, que j'ai examiné devant vous à diverses reprises soit dans son lit, soit à notre salle d'examen endoscopique, et dont le diagnostic me paraît intéressant à discuter.

Cet homme, âgé de quarante-deux ans, nous vient du pays basque, où il exerce le métier de menuisier. On ne relève dans ses antécédents de famille rien qui puisse nous intéresser, notamment pas d'affections tuberculeuses. Son père est mort des suites d'une chute à soixante-quatorze ans, sa mère vit encore et a soixante-dix-sept ans.

Il est marié avec une femme qui n'a jamais été malade et lui a donné un enfant vigoureux, âgé de vingt ans et exerçant la profession de marin. Lui-même, au premier aspect, offre les attributs de la meilleure santé générale et il n'a jamais fait de maladies graves ; mais, en l'interrogeant, nous apprenons qu'à diverses reprises il a présenté du côté de l'appareil génito-urinaire des accidents qui sont en corrélation étroite avec l'affection pour laquelle il vient actuellement réclamer nos soins.

Ces accidents ont débuté par une urétrite blennorragique il y a plus de vingt ans, pendant son service militaire, urétrite qui ne s'accompagna d'ailleurs d'aucune complication : ni cystite, ni prostatite, ni orchite, et guérit dans un délai de quelques semaines. Quelque temps après cette urétrite, qui n'a pas d'importance dans la genèse des troubles actuels, le malade ayant fait une chute sur une barre fixe et s'étant contusionné le testicule gauche, eut une épididymite qui s'abcéda et s'ouvrit à l'extérieur. A peine l'abcès de ce côté était-il guéri que l'épididyme droit s'enflammait à son tour sans cause et donnait lieu aussi à la formation d'un abcès, terminé également par la guérison. Il y a dix ans, il tomba sur la région lombaire gauche et eut à la suite un abcès au niveau de la fosse iliaque correspondante, qui s'ouvrit au-dessus du pli de l'aine laissant une cicatrice blanchâtre, gaufrée et irrégulière. Jusqu'à il y a quatre ans il n'avait jamais éprouvé de symptômes du côté des voies urinaires, lorsque à ce moment il a commencé à être tourmenté par des besoins fréquents et pressants d'uriner, en même temps qu'il a constaté qu'il rendait un peu de sang à la fin des mictions et que ses urines étaient légèrement troubles. Sous l'influence d'un traitement interne, auquel on joignit de temps en temps des instillations d'huile goménolée, ces phénomènes se sont un peu amendés ou du moins ne se sont pas aggravés, et il a pu continuer l'exercice de sa profession. Mais dans ces derniers mois ils ont redoublé d'intensité et, sur les conseils de son médecin, il s'est décidé à entrer à la clinique des maladies des voies urinaires.

A son entrée, il nous a dit qu'il urinait environ toutes les heures et demie dans le jour et un peu plus souvent la nuit. Cette fréquence ne s'est pas modifiée depuis qu'il est en observation, et à la pollakiurie se joint une polyurie faisant osciller le taux des urines par vingt-quatre heures entre 1.500 centimètres cubes et 1.800 centimètres cubes. Les mictions sont pressantes, mais non absolument impérieuses, et le malade, pouvant y résister, ne présente pas le phénomène de la fausse incontinence, qui se distingue, vous le savez, de l'incontinence vraie en ce que le patient, impuissant à retenir son urine, a bien la sensation qu'elle s'échappe du col de la vessie. A la fin de chaque miction se fait sentir une douleur assez vive, mais qui est loin de revêtir le caractère angoissant qu'elle a dans certaines cystites, par exemple la cystite blennorragique. L'émission de l'urine se termine parfois, mais non constamment, par l'expulsion de quelques gouttes de sang assez pressées et abondantes pour teinter en rouge le dernier jet.

Cette quantité de sang est loin d'être suffisante à imprimer sa coloration à l'urine totale, qui dans le bocal est pâle, très légèrement louche et a perdu son aspect brillant. Cette urine abandonne un dépôt variant d'un jour à l'autre, mais jamais très abondant, et ayant ce caractère de n'être pas compact, homogène, visqueux comme cela se voit dans les cystites, mais d'être léger et comme pulvérulent. Examiné au microscope, il a été trouvé constitué par quelques cellules épithéliales, d'assez rares hématies et un très grand nombre de leucocytes : il s'agit donc bien de pus. Il va sans dire que l'analyse chimique et bactériologique des urines a été pratiquée, mais je réserve pour plus tard les notions que nous pouvons en tirer pour le diagnostic.

Ces troubles fonctionnels nous étant connus, voyons ce que nous a fait constater l'examen méthodique de l'appareil génito-urinaire.

L'examen du scrotum nous a d'abord révélé les traces cicatricielles de la suppuration antérieure des épididymes, et en palpant ces derniers nous les avons trouvés augmentés de volume, irréguliers et bosselés surtout à leurs deux extrémités. Rien du côté des cordons, dans lesquels les déférents apparaissent un peu plus volumineux que normalement, mais régulièrement calibrés. La pression au niveau de la vessie n'est pas douloureuse, et ce n'est qu'en déprimant très fortement la paroi hypogastrique derrière le pubis de manière à comprimer la muqueuse cervicale, que nous avons pu faire éprouver un peu de souffrance au malade. L'abandon brusque de la pression et le retour de la paroi hypogastrique à sa position normale, qui, chez les sujets atteints de cystite, détermine une douleur si vive, est demeuré insensible. En explorant avec soin les uretères dans leur trajet abdominal à travers la paroi, repoussée lentement, graduellement, le long du bord externe et au-dessous des muscles droits, et en palpant plus spécialement en bas, au niveau du point où ces conduits passent sur la plan résistant que leur offre le détroit supérieur du bassin, et en haut à l'embouchura du bassinet, nous n'avons senti aucun cordon dur et roulant sous le doigt, pas plus que nous n'avons déterminé la douleur.

La palpation bimanuelle des reins ne nous a pas permis de les sentir, et c'est en multipliant nos investigations que nous sommes parvenus à provoquer avec le doigt, pressant très fortement dans le sinus costolombaire, une douleur assez nette du côté droit, beaucoup moins certaine du côté gauche.

Par le toucher rectal, nous avons trouvé une prostate à peine augmentée de volume, mais présentant quelques petites indurations saillantes le long de son bord droit. Notre doigt a dépassé aisément le bord supérieur de la glande, et les vésicules nous ont paru saines et non perceptibles. La pression, à l'aide du doigt rectal, sur l'embouchure des uretères, aux angles du trigone, est demeurée également indolente des deux côtés.

Notre examen s'est enfin terminé par l'exploration de l'urètre et de la vessie. L'urètre est parfaitement sain anatomiquement et il n'offre pas ce spasme de la portion membraneuse que l'on rencontre si souvent dans les cystites et plus particulièrement dans la cystite tuberculeuse. Quant à la vessie, très sensible au niveau de son col au passage de l'explorateur à boule, elle est insensible au niveau de son corps. Sa capacité n'est nullement réduite, car on peut y faire pénétrer 160 grammes d'eau boriquée et plus sans provoquer la moindre contraction.

En face des troubles fonctionnels qu'éprouve ce malade et des constatations que nous avons faites par l'examen de son appareil génito-urinaire, le diagnostic qui vient tout d'abord à la pensée est celui de cystite tuberculeuse. Nous trouvons en effet chez lui, avec la triade symptomatique de l'inflammation de la vessie : fréquence, douleur des mictions, purulence des urines, les traces d'une double épididymite bacillaire qui en indique la nature. Je ne crois cependant pas que nous devions nous arrêter à ce diagnostic, et, sans nier l'existence des troubles vésicaux, je les crois secondaires et sous la dépendance d'une lésion siégeant dans une autre partie de l'appareil urinaire, dans le rein.

Au cours de l'exploration de la vessie, nous avons en effet relevé certains points qui rendent suspects l'existence de son inflammation, tel, par exemple, que l'absence de douleur à la pression au niveau de l'hypogastre, l'insensibilité du corps au contact des instruments et surtout la conservation de la capacité vésicale. Les caractères de la cystite sont, en effet, la douleur de la vessie au contact et à la distension. En outre, la purulence des urines dans la cystite est plus abondante et forme un dépôt visqueux adhérent et non léger et pulvérulent, comme celui que nous avons noté chez notre malade. Les urines dans la cystite s'éclaircissent par le repos, tandis que nous avons vu qu'elles demeuraient louches, comme laiteuses, dans toute la hauteur du bocal. Autre phénomène que présentent les urines cystitiques, c'est leur alcalinité ; or, chez notre malade, ainsi que je vous le dirai ultérieurement, elles ont été trouvées toujours non seulement acides, mais même hyperacides.

Il est enfin une dernière raison qui doit nous faire rejeter le diagnostic de cystite : c'est la longue durée des symptômes vésicaux, et ce fait que s'ils ont persisté malgré tous les traitements employés, ils ne se sont pas aggravés.

L'examen endoscopique de la vessie, rendu relativement facile grâce à la conservation de la capacité vésicale, nous a montré l'intégrité à peu près absolue du bas-fond et de tout le corps ; mais, par contre, les altérations très nettes de la muqueuse du col particulièrement au niveau de la lèvre inférieure. Cette muqueuse est en effet très rouge, tuméfiée, comme œdémateuse ; mais on n'y trouve aucune granulation, aucune ulcération. Ces lésions du col n'ont par elles-mêmes, rien de caractéristique : on les rencontre chez presque tous les malades qui sont tourmentés par des besoins fréquents d'uriner. Elles résultent des troubles de circulation provoqués par les contractions répétées et violentes du sphincter.

Ainsi, la cystoscopie s'accorde avec l'analyse des troubles fonctionnels pour faire rejeter le diagnostic de cystite.

Mais au cours de l'examen cystoscopique notre attention s'est portée, vous le pensez bien, sur l'embouchure des uretères, et en surveillant bien attentivement l'issue de l'urine par l'un et par l'autre, nous avons vu que, tandis que le liquide sort clair et limpide du côté gauche, il sort trouble et épais du côté droit. Cette constatation a de suite transformé en certitude les présomptions que j'avais touchant l'existence d'une lésion rénale.

Ce premier point du diagnostic acquis, il convenait, dès lors, de déterminer la nature de cette lésion du rein et, au cas où elle nécessiterait une néphrectomie, de nous rendre compte de l'état anatomique et fonctionnel du rein opposé. L'analyse chimique, cytologique et bactériologique des urines globales et des urines séparées pouvait seule nous fournir les renseignements nécessaires à la solution de ce double problème.

Voici d'abord les résultats de l'examen de l'urine globale :

| | |
|---|---|
| Volume des 24 heures | 1,600 centimètres cubes. |
| Densité.............. | 1,019. |
| Réaction.............. | hyperacide. |
| Couleur.............. | d'aspect jaune orangé louche. |
| Urée.............. | 15 grammes. |
| Chlorure de sodium. | 9 gr. 90. |
| Acide phosphorique. | 1 gr. 75. |
| Albumine ......... | 1 gramme. |

Sédiment assez abondant ; nombreux leucocytes ; quelques hématies ; cellules épithéliales. Pas de microbes.

Il pourrait vous sembler que les données de cette analyse, qui montre que la teneur des urines en urée et autres matières excrémentitielles est sensiblement normale, et que les éléments figurés ne présentent rien de spécial, notamment qu'aucun microbe n'y figure, ne puissent servir à la détermination du diagnostic pathogénique que nous poursuivons. Il n'en est rien, et précisément l'absence de tous microbes dans le dépôt constitue une très grande présomption en faveur d'une tuberculose rénale.

Bien que paradoxal, c'est là aujourd'hui un fait incontestable, sur lequel Albarran a attiré depuis longtemps l'attention, et que nous avons vérifié bien souvent de notre côté, à savoir que toutes les fois que dans une urine purulente on ne trouve aucun organisme, on doit considérer cette urine comme tuberculeuse. En faveur du diagnostic de bacillose rénale, nous avons d'ailleurs dans le passé de notre malade des preuves de grande valeur. Cet homme, en effet, a été atteint il y a longtemps d'une double tuberculose épididymaire dont il porte encore les traces. En outre, à la suite de la chute qu'il a faite sur le côté droit du bassin il y a une dizaine d'années, il a vu se développer un abcès de la fosse iliaque interne, très vraisemblablement d'origine ostéopathique et bacillaire.

L'existence antérieure de cette suppuration dans les environs de l'uretère nous engage même à nous poser la question de savoir si ce n'est pas là l'origine de l'infection rénale. Contrairement à ce que l'on a cru pendant longtemps, on sait bien à l'heure actuelle que l'ensemencement bacillaire du rein se fait le plus souvent par la voie sanguine, et que cet ensemencement par la voie urétérale, consécutivement à l'infection de la vessie, est beaucoup plus rare. Mais à côté de ces deux modes d'infection descendante et ascendante, il en existe un troisième, exceptionnelle mais incontestable, se faisant par l'intermédiaire des lymphatiques dans les cas de suppuration tuberculeuse au voisinage du rein, du bassinet ou de l'uretère, par exemple dans le mal de Pott. Quoi qu'il en soit de l'origine de la phymatose rénale droite chez notre malade, son existence ne saurait re de doute. Or, s'il est un point sur lequel tous les chirurgiens urologues sont actuellement d'accord, c'est que toutes les fois qu'on se trouve en présence de cette affection, il convient de pratiquer au plus tôt, l'extirpation du rein si quelque contre-indication ne s'y oppose pas. Parmi ces contre-indications se place, en première ligne, l'état du rein opposé, et c'est la seule question qui nous restait à résoudre chez notre malade, qui, par ailleurs, est parfaitement susceptible de supporter la néphrectomie.

Les urines séparées nous ont donné :

| | R. D. |
|---|---|
| Volume.......... | 3 centimètres cubes. |
| Aspect.......... | louche. |
| Urée.......... | 5 gr. 50 par litre. |
| Chlorure de sodium | 6 gr. 10 par litre. |
| Albumine.......... | présence. |
| Dépôt.......... | hématies et leucocytes. Pas de microbes. |

| | R. G. |
|---|---|
| Volume.......... | 6 centimètres cubes. |
| Aspect.......... | clair. |
| Urée.......... | 16 gr. 90 par litre. |
| Chlorure de sodium | 9 gr. 70 par litre. |
| Albumine.......... | présence. |
| Dépôt.......... | hématies ; très rares leucocytes ; nombreux cristaux d'oxalate de chaux ; urates acides. Pas de microbes. |

Ces résultats de l'analyse comparative des urines fournies par l'un et l'autre rein confirment bien ce que nous avait révélé l'examen endoscopique sur les altérations des caractères physiques de la sécrétion rénale droite, mais ils nous indiquent de plus que, tandis que les fonctions éliminatrices de ce côté sont très diminuées, elles sont sensiblement normales du côté gauche et permettent l'extirpation du rein droit, que nous pratiquerons demain (1).

L'observation que je viens de vous tracer de ce malade, en vous faisant ressortir les points qui ont servi à étager notre diagnostic, vous montre combien peut être obscure la symptomatologie de la tuberculose rénale et à quelles erreurs peut entraîner l'ignorance de la valeur séméiologique de certains phénomènes susceptibles d'en imposer pour une affection de la vessie.

Ce sont ces phénomènes que je voudrais vous signaler à l'occasion de l'étude de ce cas, afin que, les connaissant bien, vous ne soyez pas exposés à prendre pour une cystite une lésion bacillaire du rein à ses débuts.

*A priori*, il peut paraître surprenant que la tuberculose, primitivement localisée au rein par voie sanguine, car c'est la seule qui puisse prêter à confusion, se traduise par des symptômes vésicaux et uniquement par des symptômes vésicaux. Rien n'est cliniquement plus vrai, et les lois qui régissent la physiologie pathologique de l'appareil urinaire, lois que nous a fait connaître le professeur Guyon, nous permettent d'en interpréter le mécanisme. Ces symptômes sont sous la dépendance du réflexe réno-vésical. Ils consistent en douleurs vésicales pendant et en dehors des mictions, en fréquence de ces dernières ou pollakiurie, en polyurie claire ou trouble.

Les douleurs vésicales en dehors des mictions sous forme de sensations vagues et diffuses à l'hypogastre, en arrière du pubis, au périnée, comme cela existait chez notre malade, sont assez rares. Il n'en est pas de même des douleurs pendant les mictions : elles se font sentir soit au début, soit pendant toute sa durée, mais principalement à la fin. Modérées

(1) La néphrectomie a permis de confirmer le diagnostic. Il existait, en effet dans le rein enlevé, deux petits foyers caséeux dans la corne supérieure et disséminés dans le reste du parenchyme, un assez grand nombre de granulations tuberculeuses. Les suites opératoires ont été des plus simples et le malade a guéri.

chez le plus grand nombre des malades, où elles consistent simplement en un chatouillement désagréable, en une sensation de chaleur plus ou moins vive, de cuisson pénible, elles atteignent chez certains l'intensité extrême des cystites les plus douloureuses. Mais comme souvent, à ce moment du début de la tuberculose rénale, les urines sont claires et limpides, on croit plutôt à une cystalgie qu'à une cystite : et de fait, il s'agit bien d'une cystalgie, mais d'une cystalgie symptomatique, réflexe, traduisant la lésion rénale.

La fréquence des mictions est à la fois diurne et nocturne, sans que rien, la marche pas plus que le repos, semble l'influencer. Elle oblige les malades à uriner toutes les deux heures, toutes les heures et même plus souvent. Exceptionnellement, les besoins d'uriner sont si rapprochés qu'ils simulent l'incontinence. L'incontinence vraie, c'est-à-dire l'émission involontaire des urines sans que le malade en soit averti, peut elle-même exister sous la forme de l'incontinence nocturne infantile, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer.

A la pollakiurie se joint presque toujours la polyurie, et l'on voit les malades rendre de 2.000 à 2.500 centimètres cubes d'urine et même davantage. Pendant un certain temps cette urine, abondante, est d'aspect clair et limpide ; mais on y constate au microscope des leucocytes et quelques hématies, parfois des cylindres, en même temps que l'urée et les sels sont en proportion inférieure à la normale et qu'il existe de l'albumine. On a, en somme, tous le syndrome urologique de la néphrite, et, pour en spécifier la nature, il convient de déceler l'existence des bacilles de Koch par l'examen bactériologique direct, les cultures ou les inoculations. La polyurie claire persiste plus ou moins longtemps, mais tôt ou tard elle est remplacée par la polyurie trouble, caractérisée par la coloration blanchâtre ou vert d'eau, lactescente des urines, rappelant le sirop d'orgeat ou l'absinthe étendue d'eau. Cette coloration résulte de la dissolution des leucocytes, et elle est plus ou moins prononcée et persistante suivant l'abondance de la suppuration pyélo-rénale. C'est ainsi que, lorsque les urines recueillies dans un bocal ou un verre à expérience s'éclaireissent à leur superficie, il y a lieu de penser que les lésions sont peu étendues, limitées au rein et n'ont pas encore gagné les calices, le bassinet et l'uretère, qui offrent une énorme surface à la suppuration.

Tels sont les symptômes fonctionnels du côté de la vessie et les altérations de l'urine, qu'il faut toujours tenir comme suspects de lésions rénales lorsqu'en dépit d'un traitement rationnel, longtemps prolongé, ils ne s'amendent pas, mais s'aggravent plutôt.

Il est un autre phénomène bien propre à obscurcir le diagnostic de la tuberculose rénale en faveur d'une infection vésicale et dont je veux vous dire un mot en terminant ; ce phénomène est l'hématurie terminale, c'est-à-dire l'émission d'une petite quantité de sang sous forme de jet ou de gouttes à la fin de la miction.

Dans le cas où, conjointement avec le rein, la vessie est envahie par la tuberculose, son saignement est facile à comprendre, mais il est moins aisé d'en interpréter la cause lorsque le rein est seul le siège de lésions tuberculeuses, à l'exclusion de la vessie. Les hématuries terminales s'expliquent, dans ce cas, par la congestion de la muqueuse du col vésical sous l'influence des contractions violentes du sphincter à la fin des mictions incessamment répétées. Il en est bien ainsi chez notre malade, chez lequel le cystoscope nous montre au niveau du col la muqueuse rouge, tomenteuse, comme boursouflée et œdémateuse, mais sans la moindre trace d'ulcération ou même d'infiltration bacillaire.

# REVUE DU LABORATOIRE

**La méthode de fixation du complément et ses applications au diagnostic (syphilis, échinococcose, etc.)**, par M. L. Hallion. (*Soc. de l'Internat*).

Un grand nombre de substances ont la propriété, quand elles ont été introduites par effraction, volontairement ou accidentellement, dans un organisme animal, d'y susciter la procréation de produits nouveaux, doués à leur égard de réactions électives. Ces substances sont dénommées *antigènes ;* les produits résultants sont les *anticorps.*

Outre ces anticorps, dits *artificiels*, qui naissent occasionnellement et sont parmi les facteurs des immunités acquises, on peut trouver aussi, dans le sérum de telle ou telle espèce animale, tel ou tel anticorps *naturel*, spontanément procréé sans pénétration préalable de son antigène; ces sortes d'anticorps, assez capricieu sement répartis dans la série zoologique, contribuent à établir les immunités naturelles.

Artificiels ou naturels, les anticorps sont *spécifiques* vis-à-vis de l'antigène qui leur correspond : chacun d'eux, en effet, réagit uniquement sur cet antigène ; tout au plus réagit-il, et généralement dans une faible mesure, sur les antigènes d'espèce très voisine.

On doit distinguer, — cela est essentiel pour le sujet qui nous occupe, — deux grandes classes d'anticorps, qui se subdivisent elles-mêmes en catégories, suivant le genre des effets produits.

A la première de ces classes appartiennent les agglutinines, qui agglomèrent des antigènes figurés tels que des microbes ou des globules rouges, les précipitines, qui agissent sur certains antigènes dissous en les précipitant, les antitoxines, qui neutralisent des poisons solubles tels que le poison diphtérique. Pour que se produise, entre un anticorps de cette classe et son antigène, un de ces divers effets physicochimiques, il faut et il suffit que l'anticorps et l'antigène soient en présence à doses convenables. Aussi chacun de ces deux éléments, réactif spécifique de l'autre, permet-il de trahir la présence de ce dernier, et vous savez tout le parti qu'on a tiré de ce fait pour certains diagnostics : fièvre typhoïde, méningites, etc.

Les anticorps que je range dans une deuxième classe ont avec les précédents ce caractère commun, que chacun d'eux est doué d'affinité élective pour un antigène déterminé ; mais l'intervention d'une *troisième substance* est ici nécessaire pour que la réaction soit complète. Cette substance est l'*alexine* ou *complément*, sorte de ferment, que contiennent normalement tous les sérums sanguins. Les anticorps dont il s'agit, en s'unissant à leur antigène, n'ont d'autre effet que de rendre cet antigène sensible à l'action du complément ; de là le nom de *sensibilisatrices*, que leur a donné Bordet.

Un anticorps quelconque de cette classe peut s'imaginer sous la forme d'une molécule à deux pôles ; l'un de ses pôles s'empare d'un antigène, et comme une espèce donnée d'anticorps ne peut s'emparer que d'une seule espèce d'antigène, ce pôle présente une configuration spécifique ; l'autre pôle s'empare du complément, et comme le complément est le même dans tous les cas, ce pôle présente une configuration banale, caractéristique non plus de l'espèce de l'anticorps mais seulement de sa classe. Ainsi envisagée comme faisant prise à la fois sur deux substances différentes, qu'elle réunit par le fait même en une combinaison à trois termes, la sensibilisatrice de Bordet mérite le nom d'*ambocepteur*, qu'Ehrlich lui a imposé.

Il était indispensable de bien marquer la différence profonde qui sépare ces deux classes d'anticorps : d'un côté, ceux qu'on pourrait appeler unicepteurs, et qui s'unissent uniquement et simplement à un antigène ; de l'autre, les ambocepteurs ou sensibilisatrices, qui servent pour ainsi dire de trait d'union entre deux substances n'ayant pas l'une pour l'autre d'affinité directe : l'antigène et le complément.

J'ajoute encore (ceci est important) que l'affinité entre un ambocepteur et le complément ne paraît s'exercer que quand est déjà satisfaite l'affinité spécifique de cet ambocepteur pour son antigène. Autrement dit, le complément ne peut se fixer sur l'ambocepteur isolé, il ne peut se fixer que sur l'ambocepteur déjà uni à l'antigène. Autrement dit encore, l'antigène ne peut attirer, fixer le complément que s'il est uni déjà à la sensibilisatrice, c'est-à-dire s'il est au préalable sensibilisé. Par conséquent, *pour qu'il y ait fixation du complément, il faut nécessairement que l'antigène, aussi bien que l'ambocepteur sensibilisatrice, soit présent dans la réaction.*

Ce préambule aura semblé quelque peu aride à ceux d'entre nous auxquels la question des anticorps n'est pas familière ; mais il était indispensable, comme déjà vous le pressentez, puisque je viens précisément de formuler la condition essentielle de la réaction dont j'ai à vous entretenir, la réaction de fixation du complément.

Avant d'aller plus loin, Messieurs, j'appelle votre attention sur une synonymie qu'il est essentiel de bien connaître : ambocepteur est rigoureusement équivalent à sensibilisatrice ; l'alexine, d'autre part, est la même chose que le complément.

Voici trois tubes, qui contiennent respectivement un antigène, la sensibilisatrice ou ambocepteur de cet antigène et enfin une certaine quantité d'alexine ou complément. Ce sont là les trois termes d'une réaction complète. Si nous les mélangeons, ils entreront en combinaison : il y aura, grâce à l'entremise de l'ambocepteur ou sensibilisatrice, union de l'antigène avec le complément ou alexine ; il y aura *fixation du complément.*

Or, suivant la nature de l'antigène, la fixation du complément aura des effets bien différents, et je vous annonce dès maintenant qu'à cet égard nous aurons à distinguer deux cas. Certains antigènes, ayant une fois fixé le complément, subissent des altérations profondes, dont nous pourrons juger au microscope, et même à l'œil nu. D'autres, au contraire, soit éléments figurés, soit substances dissoutes, fixent le complément sans manifester aucun changement appréciable ; c'est donc par une voie détournée que nous devrons chercher si la combinaison s'est produite, c'est-à-dire si le complément a cessé d'être libre.

Ces considérations, encore assez abstraites, vont prendre corps dans des exemples. Nous envisagerons successivement les deux cas, celui où la fixation a des effets apparents et celui où ses effets sont latents.

Comme type d'une réaction de fixation à effets directement appréciables nous ne pouvons mieux choisir qu'un phénomène d'hémolyse. Dans ce phénomène interviendront d'abord les trois termes indispensables : un antigène représenté par des globules rouges d'espèce donnée ; ensuite son ambocepteur ou sensibilisatrice, qu'on appelle, dans ce cas particulier, une hémolysine ; enfin de l'alexine ou complément. Ce sont précisément ces substances que je vous montrais tout à l'heure dans ces trois tubes.

Avant de vous rendre témoins de leurs réactions réciproques, je dois vous dire comment je me les suis procurées.

Voici des globules rouges de mouton, empruntés à du sang défibriné, lavés ensuite par centrifugations successives dans du sérum physiologique, et conservés en suspension dans ce même milieu.

Voilà de l'alexine ou complément, ou plutôt

voilà un liquide qui en renferme; ce n'est autre que du sérum de cobaye. Tout sérum sanguin, pourvu qu'il soit assez frais, renferme de l'alexine. Pourquoi préfère-t-on le sérum de cobaye? Pour plusieurs raisons, dont l'une est qu'il ne renferme pas d'hémolysine naturelle anti-mouton, et qu'il se comportera dès lors, vis-à-vis des globules rouges de mouton, comme une solution d'alexine pure.

Enfin le tube intermédiaire contient l'hémolysine anti-mouton, c'est-à-dire l'ambocepteur requis. Vous connaissez déjà le moyen d'obtenir expérimentalement les anticorps d'un antigène donné, c'est à ce moyen qu'on a recours pour se procurer artificiellement de l'hémolysine. Nous avons fait à un lapin, à huit jours d'intervalle, plusieurs injections de globules de mouton, et l'animal, ainsi « préparé », nous a fourni du sérum de lapin dit « anti-mouton », c'est-à-dire chargé d'hémolysine spécifique contre les globules rouges de mouton.

Mais ce sérum, comme tout sérum, contenait aussi de l'alexine; nous nous sommes débarrassés de cette substance par un chauffage à 56° durant une demi-heure, traitement auquel l'alexine ne résiste point, tandis que les hémolysines, et d'une manière générale toute espèce d'ambocepteurs, le supportent sans dommage.

Munis de ces trois réactifs, nous allons pouvoir répéter ici même une expérience décisive, démontrant que chacun d'eux est également nécessaire à l'obtention de l'hémolyse, expérience mémorable, qui a jeté la lumière sur tout un monde de faits obscurs et qui fut réalisée pour la première fois à l'Institut Pasteur par M. Bordet.

Prenons trois tubes à essai. Dans le premier, nous mettons des globules avec de l'hémolysine, sans complément. Dans la deuxième des globules avec du complément, sans hémolysine. Dans le troisième, enfin, nous mélangeons non plus deux éléments seulement, mais les trois éléments réunis: globules, hémolysine et complément.

Rapidement si nous mettons les tubes à l'étuve à 37°, plus lentement si nous opérons à la température ordinaire, mais sûrement pourvu que les quantités d'hémolysine et de complément soient suffisantes, nous assisterons au phénomène dont vous allez être témoins. Les globules rouges resteront inaltérés dans les deux premiers tubes, quelque dose d'hémolysine, quelque dose de complément que nous ayons fait agir sur eux. Au contraire, dans l'autre tube, où l'hémolysine et le complément coopèrent, vous verrez, au bout d'un certain temps, les globules rouges subir l'hémolyse, c'est-à-dire se détruire progressivement. Rien de plus facile à apprécier que ce phénomène. Dans les tubes non hémolysés, les globules, restés intacts, se déposent peu à peu, et le liquide auquel ils n'ont pas cédé leur hémoglobine, reste incolore; si nous agitons ces tubes, les globules se remettent en suspension et le liquide redevient opaque. Dans le tube hémolysé, au contraire, le liquide est uniformément coloré, transparent, et n'abandonne pas de dépôt. Même quand l'hémolyse est incomplète, quand le liquide, par suite, garde une certaine opacité, la diffusion partielle de l'hémoglobine s'apprécie facilement par une clarification relative et aussi par un changement très appréciable de la coloration; ce changement tient à ce que l'hémoglobine dissoute ne donne pas la même nuance que l'hémoglobine demeurée intraglobulaire.

De ces faits, retenons cette conclusion: pour que des globules rouges, en présence de leur hémolysine spécifique, subissent l'hémolyse, l'intervention d'un troisième facteur est nécessaire: ce troisième facteur est le complément ou alexine.

Voici comment s'interprètent les phénomènes: l'hémolysine, mise en présence de globule rouge correspondant, se fixe tout d'abord sur lui; ensuite cette hémolysine attire vers elle, et par conséquent vers le globule rouge auquel elle s'est unie, le complément ou alexine. Il se forme donc, tout d'abord, un couple globule-hémolysine, que nous pouvons appeler *couple hémolytique*. Dans ce couple, le globule ne subit aucune modification apparente, mais il est néanmoins modifié en ce sens qu'il est devenu sensible à l'action dissolvante du complément ou alexine, il est sensibilisé.

Or le complément ou alexine, impuissant vis-à-vis du globule tel quel, agit au contraire sur le globule sensibilisé, c'est-à-dire sur le couple globule-hémolysine, ou couple hémolytique, à la façon d'un ferment digestif, et le globule se détruit.

Non seulement, à l'aide de nos trois réactifs: globules, hémolysine, complément, nous pouvons obtenir à coup sûr l'hémolyse, mais nous pouvons, en graduant les doses, modifier la rapidité et l'intensité du processus. Nous pouvons ainsi déterminer, par une série d'épreuves méthodiques, la quantité d'hémolysine, c'est-à-dire de sérum hémolytique lapin-mouton et la quantité de complément ou alexine, c'est-à-dire de sérum de cobaye, qui, réunies, sont juste nécessaires et suffisantes pour hémolyser, en un temps donné, une certaine quantité de globules de mouton, dans des conditions données de température et de concentration.

Autrement dit, nous pouvons doser l'activité de l'hémolysine et du complément que nous employons dans chaque cas particulier. Et cela est nécessaire, car les sérums hémolytiques et les sérums de cobaye, même obtenus dans des conditions identiques en apparence, sont loin d'avoir une activité uniforme et en outre, dans un sérum que l'on conserve *in vitro*, l'activité se modifie avec le temps.

Sans entrer dans les détails techniques de ces dosages qui ne laissent pas de compliquer passablement la méthode, je vous prie de retenir un point important. Nous avons, je suppose, dosé la quantité de sérum de cobaye (véhicule du complément) juste nécessaire pour déterminer une hémolyse totale en une heure. Si cette même quantité de sérum de cobaye, après avoir subi une manipulation quelconque, ne réussit plus à provoquer le phénomène, nous avons le droit de dire qu'il a perdu tout ou partie de son complément. A plus forte raison aurons-nous ce droit, si une dose de sérum de cobaye, plus que suffisante avant cette manipulation, est devenue insuffisante après.

Nous avons donc, en fin de compte, *le moyen de doser les variations de quantité du complément, qui peuvent survenir au cours d'une manipulation quelconque*. Si le sérum de cobaye, solution de complément, a gardé après cette manipulation toute son activité hémolysante, nous saurons que le complément est resté intact. S'il a perdu son activité hémolysante, nous saurons que le complément a été détruit ou, encore — retenez bien ceci, — engagé dans une combinaison qui le retient emprisonné, paralysé, autrement dit *fixé*.

Ainsi donc, Messieurs, étant donné deux mélanges, dans lesquels nous avons ajouté une quantité égale de complément, nous pouvons reconnaître, par l'épreuve du pouvoir hémolytique de ces mélanges, si le complément est resté libre dans l'un deux et si, dans l'autre, il a été fixé; et même, vous le comprenez, par des épreuves comparatives appropriées, nous pourrons savoir dans quelle mesure s'est produite cette fixation, savoir si elle a été partielle ou totale.

Or, je vous ai dit tout à l'heure que la fixation du complément sur un couple antigène-ambocepteur ne se traduit pas toujours, tant s'en faut, comme dans le cas du couple globule-hémolysine que nous venons d'étudier, par des modifications visibles de l'antigène. Ce dernier cas est même l'exception; et la plupart des antigènes — soit antigènes figurés: cellules autres que les globules rouges, microbes divers; soit antigènes dissous: albumines ou toxines spécifiques, — la plupart des antigènes, dis-je, et par conséquent des ambocepteurs, se comportent tout autrement: la fixation du complément sur eux reste latente.

Mais peu nous importe, puisque nous savons maintenant le moyen de déceler cette fixation, après coup, par la perte du pouvoir hémolysant, qui nous démontrera que le complément est fixé.

Nous pouvons exprimer les choses en disant que dans ces conditions le complément, du fait qu'il s'unit d'abord à un premier couple antigène-ambocepteur quelconque, est détourné, « dévié » de la tendance qu'il avait primitivement à se jeter sur le couple globule rouge-hémolysine; sa combinaison à un *couple fixateur* dans un premier temps, l'a dévié du *couple hémolytique* qui le sollicitera dans le deuxième temps. C'est pourquoi la méthode de fixation est encore appelée méthode de *déviation du complément*.

Dans quel cas y a-t-il fixation, déviation du complément? Nous le savons, c'est quand le complément se trouve à la fois en présence d'un antigène et de la sensibilisatrice correspondante, en proportion convenable.

Antigène avec sa sensibilisatrice: fixation du complément, donc pouvoir hémolysant aboli. Antigène sans sa sensibilisatrice, ou la sensibilisatrice sans son antigène: pas de fixation, donc pouvoir hémolysant conservé.

Il est clair, dès lors, qu'étant donné dans un mélange la présence d'un antigène déterminé, nous saurons reconnaître s'il est accompagné ou non de son ambocepteur ou sensibilisatrice; étant donné, d'autre part, la présence d'un ambocepteur ou sensibilisatrice déterminé, nous saurons s'il est accompagné de son antigène. Il nous suffira pour cela d'ajouter du complément ou alexine à ce mélange, et nous chercherons ensuite, par l'épreuve de l'hémolyse, s'il y a eu fixation ou non de ce complément ou alexine.

Fixation positive: hémolyse négative. Fixation négative, hémolyse positive.

C'est en cela, Messieurs, que se résume la méthode de fixation ou déviation du complément, malgré son apparente complexité.

Cette méthode, Messieurs, peut rendre d'évidents services, dès lors qu'elle nous permet de déceler, dans un milieu quelconque, la présence d'un antigène spécifique, pourvu que nous ayons à notre disposition l'ambocepteur correspondant; ou inversement, la présence d'un ambocepteur spécifique, pourvu que nous ayons son antigène en notre possession.

Soit, par exemple, une culture d'un microbe que nous avons tiré des voies respiratoires d'un enfant atteint de coqueluche. Est-ce bien le parasite pathogène? N'est-ce pas un saprophyte banal?

Si nous avons bien réellement affaire au microbe qui cause la coqueluche, c'est lui qui infecte le coquelucheux, et il y a bien des chances pour que le sujet infecté, suivant une loi générale, ait réagi à l'invasion de ce microbe, de cet antigène, en produisant des anticorps spécifiques, qui se trouveront dans son sérum. Si ces anticorps étaient de l'ordre des unicepteurs, si c'étaient des agglutinines, nous en aurions le cœur net assez rapidement par la séro-réaction agglutinante du type Widal. Mais ce peuvent être des anticorps de l'ordre des ambocepteurs ou sensibilisatrices. Comment chercher ces derniers?

Au sérum du coquelucheux, après l'avoir chauffé pour nous débarrasser de son complément propre, nous allons ajouter du complé-


THYRATOXINE "BYLA"
HORMONOTHÉRAPIE
Série des HORMONES "BYLA"
NOUVELLES PRÉPARATIONS
ORGANIQUES
PRIVÉES DES
TOXO-LIPOÏDES
ET DES
TOXO-LEUCOMAÏNES
THYROÏDINE
NON TOXIQUE
INNOCUITÉ ABSOLUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
TOUTES LES INDICATIONS DE LA THYROÏDINE
LE FLACON DE 80 TABLETTES DOSÉES A 0 Gr.025, PRIX: 8 FRANCS
DOSE MOYENNE: 4 TABLETTES PAR JOUR OU 0 Gr.10 DE THYRATOXINE
MONOGRAPHIE ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY, (Seine)
Laboratoires autorisés par le Gouvernement
pour la préparation des médicaments organiques

ment de cobaye en même temps que notre culture microbienne.

Si nous avons dans notre sérum de coquelucheux des ambocepteurs spécifiques et si notre culture représente bien le germe pathogène, c'est-à-dire l'antigène spécifique, alors se trouveront réalisées les conditions requises pour que le complément soit fixé, car les trois termes voulus seront présents.

Nous mettrons le mélange un certain temps à l'étuve, car la fixation n'est pas un phénomène immédiat et une température de 37° la favorise.

Après ce dernier temps ou *temps de fixation* nous passerons au deuxième temps, ou *temps d'hémolyse* : nous constaterons que l'hémolyse ne se produit pas ; le complément avait donc été fixé, et par conséquent notre antigène était le bon, c'était bien le microbe spécifique.

En fait, c'est par ce procédé que Bordet et Gengou ont démontré la spécificité du germe de la coqueluche, qu'ils ont, il y a quelques années, isolé et identifié.

Dans l'exemple qui précède, on a pu diagnostiquer la nature d'un antigène en le confrontant avec sa sensibilisatrice. On aurait procédé de même pour diagnostiquer la présence de la sensibilisatrice dans un sérum donné en confrontant ce sérum avec l'antigène approprié. Ce sérum, nous l'aurions mis en présence d'une culture authentique du microbe coquelucheux ! Le sérum apportant la sensibilisatrice et la culture apportant l'antigène, nous avions les conditions requises pour qu'il y eût fixation du complément au premier temps de l'expérience, et par suite absence d'hémolyse au second temps.

C'est sous une forme très schématique que je vous ai exposé ici une expérience de fixation ou déviation du complément. En réalité, dans chaque cas particulier, il faut souvent une assez longue étude pour déterminer la meilleure manière d'obtenir l'antigène spécifique : procédé de culture, par exemple, s'il s'agit d'un microbe ; procédé de purification ou de dissolution, s'il s'agit de quelque substance soluble. De même, pour l'obtention de l'ambocepteur, c'est-à-dire du sérum spécifique, il y a souvent un choix à faire entre les espèces animales aptes à le fournir, entre les procédés d'introduction de l'antigène les moins offensifs et les plus sûrs. Il faut encore comparer l'antigène spécifique à d'autres antigènes, le sérum spécifique à d'autres sérums. Il faut enfin chercher l'effet que produisent sur le complément l'antigène et le sérum tout seuls. Mais ce sont là détails dans lesquels je n'ai pas le loisir d'entrer, je tiens surtout à vous exposer les principes généraux sur lesquels la méthode repose.

Récapitulons encore une fois les temps successifs que comporte une épreuve de fixation, et considérons deux cas.

Dans le premier cas, il y a fixation au premier temps. On dit alors que la réaction est *positive*. Au premier temps, les trois réactifs voulus sont présents, savoir : un antigène, l'ambocepteur correspondant, le complément. Au deuxième temps, nous ajoutons les deux autres réactifs : le globule rouge et son hémolysine. Au premier temps, *fixation ;* donc, au deuxième temps, *pas d'hémolyse*.

Dans le second cas, il n'y a pas fixation au premier temps. On dit alors que la réaction est *négative*. Pour cela, il suffit qu'au premier temps il manque soit l'antigène, soit l'ambocepteur correspondant à cet antigène. Peu importe, notez-le bien, qu'il entre dans le mélange une foule d'antigènes divers, une foule d'ambocepteurs différents ; cela importe peu, du moment qu'aucun des antigènes ne correspond spécifiquement à l'un des ambocepteurs présents ; tel est du moins le fait général, admettez-le comme absolu. Faute d'un seul de ses trois constituants, la combinaison antigène-ambocepteur-complément ne se forme pas ; le complément n'est pas fixé. Au deuxième temps, nous ajoutons les deux autres réactifs : le globule rouge et son hémolysine. Au premier temps, *pas de fixation ;* donc, au deuxième temps, *hémolyse*.

De ce schéma, l'application découle de soi. Au total, cinq éléments entrent en réaction. Il y en a trois qui peuvent servir à toute expérience de fixation : ce sont le complément, le globule rouge et l'hémolysine ; nous savons comment nous les procurer. Restent l'antigène et son ambocepteur; nous nous procurons l'antigène; il s'agit de rechercher l'ambocepteur, et inversement.

Soit un liquide que nous soupçonnons de renfermer une substance antigène d'espèce A ; nous nous procurons alors du sérum anti-A, que nous savons renfermer l'ambocepteur d'espèce A. Mélangeons les deux liquides. Ou bien le premier renferme bien l'antigène A, et alors le système fixateur est au complet, la fixation a lieu ; ou bien il ne le renferme pas, et alors notre système est lacunaire, la fixation fait défaut.

Même raisonnement, si nous soupçonnons tel sérum de contenir de l'ambocepteur A (par suite d'une infection ou intoxication par l'antigène A). Nous saurons si notre soupçon est juste ou non, selon qu'il y aura fixation du complément ou non, après addition d'antigène A.

Au fond le problème se formule de manière assez simple. Etant donné que cinq substances, en somme, sont nécessaires pour que tel effet — ici l'absence d'hémolyse, — se produise ; étant donné, d'autre part, que quatre de ces substances sont présentes à coup sûr (puisque c'est nous qui les avons apportées) il s'agit de savoir si la cinquième est présente ou non.

La réponse s'impose avec évidence : positive si l'hémolyse est empêchée, négative si elle ne l'est point.

J'ai insisté surtout, Messieurs, sur le principe général de la méthode de fixation. Cela fait, je pourrai être bref sur les applications que cette méthode a reçues, car à propos de chacune d'elles, c'est le même schéma que j'aurais à vous retracer, tel qu'il a été établi par Bordet et Gengou, à la suite des recherches antérieures, si remarquables, que déjà nous devions à Bordet.

Parmi les applications pratiques, les plus récentes de la méthode, je vous rappellerai le parti qu'en ont tiré, pour le diagnostic de la *sporotrichose*, M. Widal avec ses élèves, MM. Abrami, Joltrain, Brissaud et Weill. Ce diagnostic est basé sur la présence, dans le sérum des sujets infectés, de la sensibilisatrice spécifique.

On prépare l'antigène en délayant, dans de l'eau salée isotonique, des cultures de *Sporotrichum Beurmanni*. Le complément est fourni par du sérum frais de cobaye. On mélange l'antigène et le complément avec le sérum du malade, chauffé préalablement à 56° pendant une demi-heure et ainsi dépouillé de son complément propre. Ce mélange étant fait dans des proportions convenables, que les auteurs ont précisées, on le porte à l'étuve à 37° pendant quatre heures. Tel est le premier temps ; voici le second. On ajoute le couple hémolytique, formé de 0 cmc. 3 de sérum de lapin anti-mouton chauffé à 56° pendant une demi-heure et 0 cmc. 1 d'hématies lavées de mouton diluées dans 0 cmc. 5 d'eau salée à 6 p. 1000. Si l'hémolyse ne se produit pas, c'est que la réaction de fixation, au premier temps, s'est produite ; c'est donc que le sérum soumis à l'épreuve contenait la sensibilisatrice antisporotrochosique ; c'est donc que le sujet fournisseur du sérum avait été infecté par le sporotrichum.

A vrai dire, la conclusion possible n'est pas tout à fait aussi précise.

En effet, la réaction est positive aussi chez les sujets atteints non de sporotrichose, mais d'une autre mycose telle que le muguet, comme M. Widal et ses collaborateurs l'ont montré. Voyez là un exemple du caractère relatif qu'il faut reconnaître, vous ai-je dit, à la spécificité de certains anticorps ; les organismes, d'espèce voisine, qui sont les agents de ces deux mycoses, ont des anticorps qui sont eux-mêmes très voisins, sinon identiques ; de là leur similitude de réaction vis-à-vis de l'antigène sporotrichum.

Telle qu'elle est, toutefois, la réaction de fixation de la sporotrichose, — ne servirait-elle qu'à établir l'existence d'une mycose méconnue, — présente un intérêt pratique évident.

Une autre application très importante de la méthode se rapporte au diagnostic des *kystes hydatiques*. Dans ces kystes, les échinocoques sécrètent des substances spécifiques, qui, dans la grande majorité des cas, passent dans le sang et suscitent la production d'anticorps de l'ordre des sensibilisatrices ou ambocepteurs. Ces derniers peuvent être décelés dans le sérum du sujet infecté, grâce à la méthode de fixation proposée à cet effet par Ghedini et étudiée principalement par MM. Weinberg et Parvu. Il a été établi par ces auteurs, et confirmé par beaucoup d'autres, qu'il y avait là un moyen extrêmement précieux presque constamment fidèle, de fixer le diagnostic de kyste hydatique dans les cas douteux.

On emploie comme antigène, pour opérer la réaction, un extrait de liquide hydatique ou de membrane hydatique, de préférence un extrait alcoolique dont la conservation est plus facile.

Il était naturel que l'on songeât à la méthode de fixation pour le diagnostic de la tuberculose. On a tenté de résoudre le problème de deux manières : on a recherché dans le sérum du tuberculeux, soit des anticorps spécifiques, soit un antigène émané du bacille de Koch. De là plusieurs méthodes justifiables *a priori*.

On peut supposer que le corps même du bacille de Koch, en qualité d'antigène, suscite la production d'anticorps antibacillaires. En ce cas, à l'aide d'une émission de bacilles de Koch, on pourrait chercher ces anticorps dans le sérum, par la méthode de fixation.

Le bacille, d'autre part, sécrète des poisons solubles qui, pour leur compte, jouent le rôle d'antigènes et suscitent sans doute la production d'ambocepteurs. En ce cas, à l'aide d'une solution de poison tuberculeux, nous pourrions rechercher, par la méthode de fixation, *in vitro*, si le sérum de tuberculeux renferme cette espèce d'anticorps.

Mais si le poison tuberculeux circule dans l'organisme, ne pourrions-nous pas demander à la réaction de fixation de nous révéler non plus les anticorps résultant de l'intoxication, mais le poison lui-même directement. Nous le pourrons si nous possédons *in vitro* de l'antitoxine tuberculeuse expérimentalement préparée. En effet, grâce à la réaction de fixation, de même que, tout à l'heure, nous cherchions, avec l'antigène toxine, à déceler la sensibilisatrice correspondante, de même il nous sera permis, possédant la sensibilisatrice, de rechercher l'antigène toxine.

C'est cette dernière voie qu'a suivie M. Marmorek ; il a trouvé, croit-il, cet antigène caractéristique non seulement dans le sang des tuberculeux, mais aussi dans leur urine. Il suffirait, d'après cet auteur, de quelques gouttes d'urine pour établir ou confirmer, avec une probabilité très voisine de la certitude, par la méthode de fixation, le diagnostic de tuberculose. Bien que les résultats aient été confir-

més par M. Bergeron, il est peut-être sage de réserver son opinion sur la valeur de la méthode de Marmorek, jusqu'à ce qu'elle ait été consacrée par plusieurs vérifications.

Actuellement, il semble bien que la méthode de fixation du complément appliquée au diagnostic de la tuberculose, n'ait pas encore donné naissance à une technique sûre et définitive. Pour des raisons diverses, comme l'ont encore montré récemment MM. Bezançon et de Serbonnes, le problème présente ici des difficultés pratiques particulières, qu'on n'a pas encore su tourner.

Indépendamment de son utilisation pour le diagnostic, la méthode de fixation peut servir à résoudre des problèmes de pathologie générale d'un haut intérêt. Certaines espèces microbiennes pathogènes présentent des caractères très voisins, et l'on se demande si ce sont bien des espèces foncièrement tranchées. Cette question s'est posée, par exemple, pour le bacille d'Eberth, le colibacille et les bacilles paratyphiques; elle s'est posée pour le gonocoque, le *Micrococcus catarrhalis* et le méningocoque morphologiquement semblables; elle se posait, comme je l'ai déjà dit, pour le microbe de la coqueluche isolé par Bordet et Gengou et dont la spécificité pouvait apparaître douteuse. Nous avons indiqué tout à l'heure, à titre d'exemple, comment elle avait été résolue dans ce dernier cas. D'une façon générale, si l'on constate que des microbes, soupçonnés d'être identiques, engendrent, dans les infections qu'ils provoquent, des sensibilisatrices qui réagissent électivement sur eux, sur eux seuls, et non sur les autres microbes avec lesquels on était tenté de les confondre, on est amené à conclure, de la spécificité des anticorps produits, la spécificité des microbes étudiés. c'est-à-dire des antigènes producteurs.

Mais revenons aux applications pratiques qu'a reçues la méthode de Bordet-Gengou. La plus importante, à l'heure actuelle, est assurément celle que Wassermann et ses collaborateurs en ont faite au diagnostic de la syphilis. Wassermann eut l'idée de chercher si le sang des syphilitiques ne contiendrait pas un ambocepteur spécifique, résultant de l'infection par le spirochète pâle.

Pour réaliser ce dessein, il fallait une certaine quantité d'antigène, c'est-à-dire de spirochètes, et comme ces parasites ne sont pas cultivables, il les emprunta à des foies hérédo-syphilitiques de nouveau-nés, où ils sont en grand nombre. De ces organes il faisait des extraits, qui devaient logiquement contenir la substance spécifique voulue, provenant des spirochètes, en même temps que des substances, jugées indifférentes, provenant du tissu hépatique lui-même.

Extrait de foie syphilitique apportant l'antigène, sérum de syphilitique apportant l'anticorps spécifique présumé, et sérum de cobaye fournissant le complément: il y avait là de quoi réaliser, si l'hypothèse était juste, une fixation de complément, qui se vérifierait par l'hémolyse après addition de globules de mouton et de sérum anti-mouton. Ainsi procéda Wassermann; les résultats répondirent à son attente et furent d'ailleurs, dans leur ensemble, universellement confirmés. Dans la très grande majorité des cas de syphilis, surtout de syphilis en activité, le sérum du malade dévie le complément: la réaction de Wassermann est positive. Au contraire, cette réaction se montrait négative chez les sujets indemnes de syphilis. Font exception à cette règle les scarlatineux et les lépreux, qui peuvent présenter une réaction de Wassermann positive; mais il suffit d'en être prévenu pour éviter une méprise de diagnostic.

Je n'entrerai dans aucun développement sur les résultats cliniques de cette méthode. car ils vous ont été exposés ici même par M. Levaditi; ceux qui ont été publiés depuis lors ne font que confirmer ce qu'il vous en a dit. Quant à la statistique personnelle que je pourrais vous soumettre, à la suite de recherches que je poursuis sur ce sujet avec notre collègue Bauer, elle ne pourrait que renforcer un peu, sans rien changer à leur proportion, les chiffres imposants qu'ont fournis nombre de travaux, réalisés soit avec la méthode primitive de Wassermann, soit avec ses diverses variantes.

Les principales de ces variantes ont pour but soit de simplifier la méthode, soit d'en atténuer quelques inconvénients; mais, pour la plupart, elles n'en modifient en rien le principe qui est toujours celui de Bordet et Gengou.

Bauer, un expérimentateur allemand, a proposé d'utiliser comme hémolysine, au lieu de l'hémolysine artificielle empruntée au lapin préparé *ad hoc*, une hémolysine naturelle antimouton que se trouve contenir le sérum humain, et qu'apporte par conséquent le sérum du malade sur lequel on expérimente; dans le deuxième temps de la réaction, par conséquent, on se contente d'ajouter des globules de mouton tels quels, non sensibilisés au préalable.

Dans une autre méthode, le sérum du malade fournit non seulement l'hémolysine, mais encore le complément. Alors que Wassermann chauffait le sérum à 56°, détruisait ainsi le complément et lui substituait du complément de cobaye, dans la méthode simplifiée dont il s'agit, au contraire, on supprime ce chauffage et l'on peut dès lors se passer du sérum de cobaye.

Les deux méthodes qui précèdent donnent de bons résultats, comme j'ai pu, après d'autres, notamment après MM. Levaditi et Latapie, m'en assurer avec notre collègue Bauer; mais elles offrent un inconvénient, c'est que les doses d'hémolysine et de complément contenues dans le sérum humain sont, comme l'ont fait ressortir divers auteurs et en particulier M. Jousset, assez variables; elles sont tantôt insuffisantes pour assurer l'hémolyse, même lorsque le complément n'est pas dévié, tantôt au contraire, excessives, c'est-à-dire assez considérables pour compenser une déviation légère, qui passe alors inaperçue. Lorsque le premier cas se présente, on est prévenu, il est vrai, par un ou plusieurs tubes témoins où l'on a eu soin de ne pas mettre d'antigène; il est évident que, dans ces tubes, faute d'antigène, la déviation du complément ne peut avoir lieu; si donc l'hémolyse ne s'y produit pas, cela tient nécessairement à l'insuffisance du complément, ou de l'hémolysine, ou des deux à la fois. Il faut alors recourir à une autre méthode, qui ne demandera pas au sérum du malade, mais apportera du dehors ce qui manque: soit le complément, soit l'hémolysine, soit les deux suivant le cas.

Dans la réaction de Wassermann, ainsi d'ailleurs que dans toute réaction de fixation, il est permis de substituer, aux globules rouges de mouton, des globules rouges d'autres espèces: bœuf, lapin, homme. Il suffit alors d'employer, suivant le cas, des hémolysines antibœuf, anti-lapin, anti-homme. Noguchi, par exemple, préfère le globule humain au globule de mouton, parce que le sérum humain, donc le sérum du malade sur lequel on expérimente, ne contient pas d'hémolysine naturelle anti-humaine; l'expérimentateur peut doser dès lors exactement toute l'hémolysine qu'il fait d'intervenir dans le deuxième temps de la réaction.

Vous le voyez, ces modalités de la méthode laissent intacte la conception qui avait guidé l'initiateur. Le complément du sérum humain, en effet, est identique à celui du sérum de cobaye; l'hémolysine artificielle, empruntée par Wassermann à un lapin préparé, possède les mêmes propriétés spécifiques que l'hémolysine naturelle, dont profite Bauer; enfin peu importe à la théorie si l'on choisit, pour constituer le couple hémolytique, telle espèce globulaire ou telle autre.

Par contre, on n'en peut dire autant de certains procédés où l'on a substitué comme antigène, à l'extrait d'un organe chargé de spirochètes des extraits, de foie normal, ou même des substances organiques plus simples telles que la lécithine. Il semble bien, il est vrai, que ces substances, ou du moins certaines d'entre elles, soit inférieures, comme valeur pratique, à l'antigène de Wassermann; néanmoins, dans un grand nombre de cas, elles fournissent les mêmes résultats que le foie hérédo-syphilitique lui-même. Or si ces substances, qui n'ont rien du spirochète, devient le complément en présence du sérum de syphilitique, c'est donc que la substance faisant fonction d'ambocepteur dans ce sérum n'est pas l'anticorps spécifique du spirochète, ou du moins n'est pas cela uniquement, contrairement à ce qu'avait supposé Wassermann.

Cela étant, d'autres hypothèses se sont édifiées. Les unes demeurent conformes, dans leurs grandes lignes, à la théorie primitive, mais cherchent l'antigène dans quelque produit de désintégration cellulaire propre aux lésions causées par le spirochète, plutôt que dans le spirochète lui-même. Les autres demandent aux théories physico-chimiques une explication des faits.

Quoi qu'il en soit, l'avenir pratique de la réaction de Wassermann n'est pas subordonné au sort de l'hypothèse qui l'a fait naître. Dût-elle, plus tard, — ce qui n'est pas prouvé, — rompre ses relations initiales avec la théorie féconde de Bordet, elle en restera néanmoins une des plus utiles émanations.

## REVUE DE MÉDECINE MENTALE

**Essai de psycho-pathologie du jugement. Les aphronies et les aphroniques,** par le Dr Bérillon, Médecin-Inspecteur des asiles d'aliénés *(Congrès des aliénistes et neurologistes.* Bruxelles).

L'*aphronie* (de α primitif et φρονεῖν, avoir du jugement), est un terme par lequel je propose de désigner les troubles psychologiques liés à l'insuffisance du pouvoir de synthèse mentale.

Il n'est pas rare de rencontrer le syndrôme aphronie chez des sujets bien doués au point de vue des autres fonctions mentales. Les pédagogues ont souvent l'occasion de constater que chez les enfants, il n'y a pas de parallélisme dans le développement des facultés intellectuelles. Certains, peu avancés dans leurs études, font preuve, au contraire, d'une grande précocité dans l'apparition du jugement. D'autres, quoique doués d'une vive imagination, et présentant de grandes facilités à s'instruire, demeurent légers, inconséquents, incapables de profiter des leçons de l'expérience.

Livrés à eux-mêmes, ces derniers accomplissent des actes irréfléchis, en opposition avec les règles élémentaires de la prudence et du bon sens. Ce sont ces derniers que, par opposition aux *arriérés de l'intelligence*, je désigne sous le nom *d'arriérés du jugement*.

Parmi les causes principales qui peuvent soit retarder l'apparition du jugement, soit en arrêter le développement, il faut noter:

1° La dégénérescence héréditaire;

s'instruire, demeurent légers, inconséquents, fections intercurrentes;

3° Les tendances sentimentales de l'éducation moderne;

4° Les influences déformantes du milieu familial;

5° Le surmenage scolaire;

6° Une tendance naturelle à l'éparpillement mental.

Les caractères de l'aphronie sont absolument distincts de ceux de l'aboulie. Les aphroniques n'éprouvent aucune difficulté à la mise en jeu de l'activité volontaire. C'est dans la sphère des opérations syllogistiques qu'ils ont atteints. Ils ne raisonnent bien que quand ils y sont aidés par la collaboration d'autrui : « notre volonté, notre courage ne sont souvent que le reflet de la volonté et du courage d'un autre », dit excellement William James. Cela est encore plus vrai du jugement.

Les procédés les plus efficaces pour le traitement des aphronies chez les jeunes sujets sont les suivants :

1° Placer l'enfant ou l'adolescent dans un milieu favorable au développement de l'esprit d'observation et de la réflexion.

2° S'assurer du fonctionnement normal des sens, les appréciations fausses étant souvent le résultat de perceptions sensorielles erronées ou incomplètes.

3° Cultiver l'aptitude à raisonner juste par des exercices spéciaux, des épreuves pratiques, des leçons de choses, des enseignements tirés de l'expérience.

4° Réaliser l'entraînement au travail manuel dont l'exécution initie aux difficultés de la vie pratique.

5° Réaliser l'éducation du caractère par la discipline de réflexes psychiques.

6° Recourir à la psychothérapie graphique, moyen de culture de l'attention et de l'application.

7° Appliquer la suggestion hypnotique, dans le but de contrarier les tendances à l'éparpillement mental et à favoriser le monoïdéisme.

L'association de ces divers procédés exerce l'action la plus favorable et, en favorisant la maturité du jugement, permet dans un grand nombre de cas, d'obtenir l'adaptation des aphroniques aux exigences du milieu social.

**La jurisprudence des tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse**, par les Drs P. Juquelier et A. Fillassier *(Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles)*.

La jurisprudence des tribunaux, d'accord avec la doctrine, refuse de considérer les excès, sévices ou injures graves commis par un aliéné, comme de nature à justifier une action en séparation de corps ou de divorce.

Dès lors, les faits d'ivresse ne sauraient être retenus s'ils sont la conséquence d'un état mental morbide. Il en sera autrement si le désordre mental peut être attribué à une faute volontaire de celui qui en est atteint, et l'ivresse constitue cette faute.

Mais notre plaideur n'est pas atteint d'affection mentale, les faits d'ivresse constituent-ils des injures graves suffisantes? Non, disaient, il y a quelques années, les tribunaux : « les faits d'ivrognerie n'ont aucun rapport avec la personnalité du conjoint »; une décision de justice trouvera même dans des faits d'ivresse imputés à une femme une atténuation à la gravité des actes reprochés. Puis, une évolution se produit, mais pour être accueillis, les faits d'ivresse devront être nombreux, scandaleux. Enfin, dans une dernière période, la jurisprudence tend à laisser le juge maître souverain dans l'appréciation des faits, qu'ils aient été scandaleux ou non, isolés ou habituels; les tribunaux apprécieront les circonstances dans lesquelles les faits se sont produits, la position sociale, l'éducation des parties, etc.

Les auteurs estiment qu'il importe, dans chaque cas, de caractériser aussi exactement que possible l'anomalie psychique et de déterminer avec soin le discernement du sujet, ainsi que son pouvoir de résistance : le conjoint qui se livre à des excès, alors qu'il est très sensible aux conséquences de l'alcool et qui, le sachant, continue, leur paraît commettre une faute engageant sa responsabilité.

## REVUE D'OPHTALMOLOGIE

**Corps étranger intra-oculaire**, par M. le Dr Castresana.

Si les observations de corps étranger de l'œil sont assez fréquentes, le cas que nous signalons ici est curieux par le volume du corps vulnérant, par son siège dans l'œil et par la tolérance de cet organe à son égard.

Un laboureur âgé de trente ans regardait, à trois mètres de distance, des amis qui piquaient une pierre de moulin, lorsque brusquement il sentit une très vive douleur à l'œil gauche, en même temps qu'une légère hémorragie se montrait à ce niveau. S'étant approché d'un ruisseau pour laver la plaie, il remarqua qu'il avait totalement perdu la vision par l'œil blessé.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner le malade environ un mois après l'accident. Il constata, à ce moment, une hyperémie conjonctivale très forte, la cornée dépolie entourée d'un cercle veineux très développé, la pupille en dilatation moyenne, le cristallin opacifié.

A la partie inférieure du limbe scléro-cornéen, en pleine région ciliaire, on voyait une cicatrice linéaire de huit millimètres de long. Il n'y avait pas de signes de cyclite. Le globe oculaire était douloureux à la pression et les douleurs s'irradiaient vers le front et la tempe gauche. Aucune vision à gauche.

Le diagnostic porté fut : plaie de la sclérotique avec pénétration probable de corps étranger. Glaucome.

L'auteur pratiqua une iridectomie, se réservant d'extirper plus tard le cristallin. Il croyait par cette intervention pouvoir conserver l'œil au malade. Mais quelques mois plus tard, de violentes douleurs, ainsi qu'une cyclite très intense, se déclarèrent dans l'œil opéré et obligèrent l'auteur à pratiquer une énucléation. Au moment de sectionner le nerf optique avec les ciseaux courbes, l'opérateur sentit un corps dur, fixé à la paroi de l'orbite, s'interposer entre les branches des ciseaux. Ce n'est qu'en déplaçant ceux-ci qu'il réussit à faire la section.

L'autopsie de l'œil énucléé montra, à côté des lésions dégénératives des membranes et une légère luxation du cristallin, une liquéfaction du corps vitré qui était jaunâtre, et, au pôle postérieur, un éclat de pierre, des dimensions d'une forte lentille de forme polyédrique et irrégulière, qui avait traversé, par une de ses pointes, toutes les membranes au-dessous du nerf optique.

Le corps étranger avait donc parcouru, en pénétrant, le diamètre antéro-postérieur de l'œil, fait assez rare.

Quand on réussit à voir le vaisseau qui saigne, la méthode la plus sûre consiste à en faire le pincement avec une pince à forcipressure. Pour trouver le vaisseau, on peut appliquer sur la plaie une série de petits tampons qu'on lève, l'un après l'autre, en commençant par l'inférieur; on localise ainsi le siège de l'hémorragie.

Le vaisseau pincé, on peut pratiquer la torsion, comme l'a fait trois fois avec succès Lefferts, ou la ligature.

La transfixion ou l'étranglement réussit quand on peut le pratiquer : transfixion du moignon amygdalien puis compression avec un fil passé derrière l'aiguille.

La compression et la ligature du vaisseau dans la continuité est possible, en raison de sa gracilité et de son origine variable.

La compression de la carotide primitive près du larynx est d'une exécution facile; dans le cas de Grosoli, on comprima pendant quinze heures et, dans celui de Werner, pendant dix jours.

Cette compression peut être utile pour permettre de voir mieux le siège de l'hémorragie et d'appliquer un autre procédé d'hémostase tel que cautérisation, suture des piliers.

On a dû, parfois, recourir à la ligature de la carotide primitive; le résultat de cette opération, qui est dangereuse pour la vie du sujet, est incertaine dans ses effets.

La ligature de la carotide externe, plus difficile, est par contre sans danger. Chevalier Jackson l'a pratiquée sept fois pour arrêter des hémorragies amygdaliennes.

En même temps que le traitement local, on instituera un traitement général dans le but : 1° de diminuer la tension sanguine; 2° de faire rétracter les vaisseaux périphériques; 3° d'accélérer la coagulation du sang.

Le premier but est atteint par les injections de morphine qui calment le malade et diminuent les nausées. La ligature hémostatique des extrémités à l'aide de bandes élastiques empêche le retour du sang seineux et agit sur la tension sanguine.

L'adrénaline à la dose de X gouttes, prise à l'intérieur et répétée toutes les vingt minutes, a été conseillée par Wilkinson.

L'ergotine, l'extrait d'Hamamélis, l'ergotinine ont aussi été prescrits sans succès d'ailleurs puisqu'ils agissent surtout sur les fibres musculaires.

Les injections de gélatine à 20 p. 100 ont souvent rendu des services. Récemment on a essayé, chez les hémophiles, des injections de sérum hétérogène.

Dans le cas de collapsus par abondance de la perte de sang, la transfusion de solution saline a été employée avec succès, ainsi que l'auto-transfusion par compression et ligature des extrémités pour chasser vers les centres le sang qui les irrigue.

Quant à l'anémie consécutive, on la traitera par les moyens usuels.

## REVUE DE PHARMACOLOGIE

**Détermination quantitative de la phénolphtaléine dans les préparations pharmaceutiques**, par K. Kollo *(Les Nouveaux Remèdes)*.

1° Les tablettes ou les pastilles sont réduites en une poudre très fine, les confections qui renferment de la pulpe de tamarin ou de pruneaux sont desséchées le plus possible et réduites en très petites particules. Une quantité pesée de ces substances est placée dans un petit entonnoir à agitation, muni un peu avant son orifice d'écoulement d'un tampon de ouate très pure, et on traite par percolation avec de l'acétone pure de point d'ébullition de 56-57° jusqu'à ce qu'une goutte ne se colore plus en rouge avec la lessive de soude. On évapore l'acétone au bain-marie, et on dessèche le résidu à 100° et on pèse;

2° Le produit à essayer, très divisé, est soumis à l'extraction avec une lessive de soude à 8 0/0, au lieu d'acétone et, dans l'extrait dilué, on précipite la phénolphtaléine avec l'acide acétique. Le précipité est recueilli sur un filtre et lavé complètement avec de l'eau et enfin on agite avec l'acétone, et l'extrait acéto-

nique est versé dans un verre taré, puis desséché et pesé.

**Réactions différentielles de la cocaïne et de ses succédanés**, par M. Saporetti. (*Bollettino chimico farmaceutico.*)

| | Calomel | Solution d'iodure de potassium | Solution iodo-iodurée | Eau de brome | Bichlorure de mercure | Lessive de soude |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cocaïne.** | Coloration grise (réduction du calomel). | Précipité blanc insoluble à chaud. | Précipité jaune-marron soluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Pas de précipité blanc. | Précipité blanc insoluble à chaud. |
| **Stovaïne.** | Coloration grise (réduction du calomel). | Précipité blanc insoluble à chaud. | Précipité rouge soluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Pas de précipité blanc. | Précipité blanc insoluble à chaud. |
| **Nirvanine.** | Coloration grise (réduction du calomel). | Précipité blanc insoluble à chaud. | Précipité rouge soluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Précipité blanc soluble à chaud. | Précipité blanc insoluble à chaud, soluble dans un exces de réactif. |
| **Alypine.** | Coloration grise (réduction du calomel). | Pas de précipité | Précipité jaune-marron insoluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Précipité blanc soluble à chaud. | Précipité blanc insoluble à chaud. |
| **Novocaïne.** | Coloration grise (réduction du calomel). | Pas de précipité | Précipité rouge soluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Précipité blanc soluble à chaud. | Précipité blanc insoluble à chaud. |
| **Eucaïne α.** | Coloration grise (réduction du calomel). | Précipité blanc insoluble à chaud. | Précipité jaune-marron soluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Précipité blanc soluble à chaud. | Précipité blanc insoluble à chaud. |
| **Eucaïne β.** | Pas de coloration | Pas de précipité. | Précipité rouge soluble à chaud. | Précipité jaune soluble à chaud. | Pas de précipité blanc. | Précipité blanc insoluble à chaud. |

# REVUE DE BIOLOGIE

**Examen comparatif des pouvoirs antitoxique et agglutinant du sérum antidiphtérique. Leur valeur thérapeutique.**

Pour MM. Louis Martin, A. Prévot et G. Loiseau, on peut, avec des toxines très jeunes, obtenir des sérums antitoxiques qui ne sont pas agglutinants. Les auteurs se sont assurés que ces sérums, à fortes unités, ne provoquent pas une chute rapide des fausses membranes, tandis qu'avec des sérums antitoxiques et agglutinants, ils ont observé une disparition rapide des fausses membranes.

Les auteurs peuvent dès maintenant préparer des sérums très antitoxiques, mais non agglutinants; ils peuvent aussi préparer des sérums à la fois antitoxiques et agglutinants. L'expérimentation ne peut encore fixer sur la valeur respective de ces sérums, sur laquelle la clinique doit nous renseigner.

(*Soc. de Biol.*).

**Sur les deux propriétés essentielles du sérum antidiphtérique.**

MM. Nicolle et Loiseau, après avoir rappelé le pouvoir antitoxique du sérum, établissent l'existence d'un pouvoir albuminolytique, qui se manifeste ainsi : 1° dans l'injection souscutanée de bacilles diphtériques mêlés au sérum, la lésion locale produite est toujours plus intense que si l'on n'injecte pas de sérum (bacilles atoxiques) ou que si l'on en injecte à distance (bacilles toxiques); 2° dans l'injection intraveineuse de bacilles diphtériques toxiques ou atoxiques à des cobayes ayant reçu la veille, par n'importe quelle voie, 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, les animaux périssent très rapidement, parfois en quelques minutes, par toute la série des accidents d'hypersensibilité du type Theohald Smith. Ce pouvoir albuminolytique permet de rapprocher du bacille de Lœffler type les bacilles diphtériques atoxiques.

(*Soc. de Biol.*).

**Pathogénie des accidents observés au cours de l'immunisation des chevaux contre le méningocoque.**

MM. Briot et Dopter montrent qu'à après une injection intraveineuse de culture de méningocoques, on observe fréquemment chez les chevaux en immunisation, des accidents graves se manifestant par des vertiges, de la titubation, une dyspnée violente, des convulsions et parfois une mort extrêmement rapide. Les auteurs, cherchant à expliquer ces phénomènes, ont pu reproduire des troubles identiques chez le cobaye neuf auquel on injecte dans les veines un mélange *in vitro* de sérum antiméningococcique non chauffé et une émulsion fraîche de méningocoques. Ils pensent que dans le sérum des chevaux vaccinés se forme une lysine qui, mise en contact avec ces germes, les détruit; ces derniers mettent alors en liberté un poison de nature indéterminée qui provoque instantanément les accidents relatés. Cette hypothèse est confirmée par ce fait qu'une macération aqueuse prolongée d'une émulsion de méningocoques introduite dans les veines d'un cobaye neuf sans addition de sérum blanc donne lieu à des troubles identiques.

(*Soc. de Biol.*).

# CARNET DU PRATICIEN

**Pansement des otites moyennes chroniques**

Dans une otite chronique, avec un écoulement modéré et lorsqu'on ne peut voir le malade qu'à de rares intervalles, on doit se contenter de nettoyer le foyer, cautériser et assécher. On y arrivera par la médication suivante :

Faire tous les soirs une instillation d'alcool borique qui est bien certainement la meilleure arme que nous ayons contre ces suppurations désespérantes.

Ou pourra le suppléer, sinon le remplacer, par l'une des formules suivantes :

| | |
|---|---|
| Acide picrique | 0 gr. 20 |
| Alcool à 90° | 3 grammes |
| Eau distillée | 20 — |

dont on peut enlever la coloration désagréable qu'elle laisse sur la peau au moyen d'une friction à la pâte de carbonate de lithine. (Ne doit pas être employée chez les eczémateux.)

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode | 10 grammes |
| Alcool absolu | 15 — |
| Glycérine pure | 15 — |
| Iodoforme | 1 — |
| Iodure de potassium | 1 — |

est également une bonne préparation.

De temps à autre, suivant les cas, on peut faire un nettoyage, un lavage du conduit en quelque sorte, avec :

Eau oxygénée boratée à 12 vol. 100 grammes

en faire tiédir quelques gouttes (20 à 25) dans une cuiller à café préalablement flambée des deux côtés sur une lampe à alcool.

Bien assécher le conduit sitôt après le bain, qui durera cinq à six minutes, avec un tampon de coton hydrophile, comme il a été dit plus haut, et faire ensuite une instillation.

Si, après une période d'écoulement décroissante et si le malade se sent bien, la tête à l'aise, on l'engagera à faire le cas échéant une ou deux insufflations, et à cesser les instillations quitte à les reprendre si la suppuration réapparait.

En cas d'écoulement abondant, quand il s'agit de ces suppurations abondantes, véritable torrent de pus fétide chariant des débris, des magmas de toutes sortes, voire même des esquilles, etc., on pourra avoir la main large et autoriser les bains, les nettoyages, de toutes sortes ou presque.

Aussi bien ces lésions exigent-elles une tout autre médication.

Si le malade n'entend pas de cette oreille et ne veut accepter aucune intervention chirurgicale et, de même, lorsque celle-ci n'est pas possible, on devra prescrire des bains fréquents, soit à l'eau oxygénée dédoublée, soit à la liqueur de van Swieten, au phénobore, au coaltar saponiné, à l'ichtyol, avec, après séchage consécutif et immédiat toujours, instillations d'une des préparations ci-dessus.

Les insufflations de poudre seules ne sont pas de mise.

C'est dans ces cas qu'on doit être éclectique, ne pas se cantonner dans la série des formules qui ont la préférence; mais essayer, au contraire, celles que l'on rencontre au hasard de la lecture.

Les autres variétés d'otite moyenne, le catarrhe tubaire, l'otite sclérense, le cholestéatome fermé, ne demandent aucun pansement, ce dernier même ne laisserait pas d'exposer aux pires complications, si, méconnu ou non diagnostiqué, il était soigné par des bains d'oreilles.

Son souvenir sera toujours présent à l'esprit du praticien qui doit se rappeler le danger très réel qu'il peut y avoir à formuler des bains d'oreilles sans avoir, au préalable, fait un diagnostic précis de la lésion auriculaire.

Dr Boulai.

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**ronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Cardiopathies.** — Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Lamalou, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.
**Tabès.** — Lamalou.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré a 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

Gérant : Docteur Lucien-Graux.




CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

## VOYAGES DANS LES PYRÉNÉES

TARIF G. V. n° 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

Ces billets additionnels n'augmentent pas la durée de validité du billet circulaire auquel ils viennent se souder.

CHEMIN DE FER DU NORD

## QUATRE JOURS EN ANGLETERRE, du Vendredi au Mardi

La Compagnie du chemin de fer du Nord délivre les vendredis, samedis ou dimanches, à la gare de Paris-Nord et dans les Bureaux de Ville, des billets d'aller et retour de

**PARIS A LONDRES**

aux prix très réduits ci-après :
(non compris le droit de quittance de 0 fr. 10)

1re Cl. : **72** fr. **85** — 2e Cl. : **46** fr. **85**
3e Cl. : **37** fr. **50**

Ces billets seront valables, pour les voyageurs de 1re, 2e et 3e classes, par les trains ci-après :

A l'aller, le vendredi, samedi ou dimanche seulement.

1° Via *Boulogne-Folkestone* :
Paris-Nord, dép. 8h25 m. | Londres, arr.. 3h25 soir.

2° Via *Calais-Douvres* :
Paris-Nord, dép. 9h15 soir | Londres, arr.. 5h43 matin

Au retour, le samedi, dimanche et lundi.

1° Via *Folkestone-Boulogne* :
Londres, dép. 10h » mat | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.

2° Via *Douvres-Calais* :
Londres, dép. 9h » soir. | Paris-Nord, arr. 5h50 mat.

Le mardi : Via *Folkestone-Boulogne* seulement :
Londres, dep. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.

Ces billets donnent droit au transport gratuit de 25 kilog. de bagages sur tout le parcours.

CHEMIN DE FER DU NORD

## UN JOUR A LA MER

A partir du dimanche 19 juin 1910 et tous les dimanches suivants, ainsi que les 14 juillet et 15 août jusqu'au dimanche 18 septembre inclus, trains de plaisir à marche rapide et à prix *très réduits* en 2e et 3e classes, aller et retour dans la même journée :

1° De *Paris à Boulogne-sur-Mer* et *Calais-Ville* et aux stations balnéaires de : Noyelles, Cayeux, Saint-Valéry-sur-Somme, le Crotoy, Quend-Fort-Mahon (plages de Quend et de Fort-Mahon), Rang-du-Fliers-Verton, Berck (plage de Merlimont), Etaples (Paris-Plage), Dannes-Camiers (plages Sainte-Cécile et Saint-Gabriel), Wimille-Wimereux (plages de Wimereux, d'Ambleteuse et d'Audresselles), Marquise-Rinxent (plage de Wissant).

*Aller* : Départ de Paris, nuits des samedis aux dimanches, du 13 au 14 juillet, et du 14 au 15 août, à minuit 08 et 5h45 matin.

*Retour* : Arrivée à Paris, les dimanches, le 14 juillet et le 15 août à 10h15 soir et minuit 52.

2° De *Paris au Tréport-Mers et Eu* (plages d'Ault et Onival).

*Aller* : Nuits des samedis aux dimanches, du 13 au 14 juillet et du 14 au 15 août, départ de Paris à minuit 15 et 5h55 matin.

*Retour* : Les dimanches, le 14 juillet et le 15 août, arrivée à Paris à 9h44 et 11h53 soir.

(Pour le prix des places et le détail des horaires, consulter les affiches.)

CHEMIN DE FER D'ORLEANS

## STATIONS THERMALES ET HIVERNALES

**des Pyrénées, du golfe de Gascogne et du Roussillon Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn, Vernet-les-Bains, Amélie-les-Bains, Banyuls-sur-Mer, etc.**

*Billets d'aller et retour individuels* pour les stations thermales et hivernales, délivrés toute l'année, de toutes les gares du réseau, valables 33 jours, avec faculté de prolongation et comportant une réduction de 25 0/0, en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes.

*Billets d'aller et retour de famille* pour les stations thermales et hivernales délivrés toute l'année, de toutes les stations du réseau, sous condition d'un minimum de parcours de 300 kilomètres aller et retour, réduction de 20 à 40 0/0 suivant le nombre de personnes, validité 33 jours, avec faculté de prolongation.

*Billets d'excursion* délivrés toute l'année au départ de Paris, avec *3 itinéraires* différents, viâ Bordeaux ou Toulouse, permettant de visiter Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Biarritz, Pau, Lourdes, Luchon, etc., validité 30 jours avec faculté de prolongation. Prix, 1er et 3e itinéraires : 1re cl., 164 fr. 50 ; 2e cl., 123 francs. — Prix, 2e itinéraire : 1re cl., 163 fr. 50 ; 2e cl. 122 fr. 50.

*VILLES DE SAISON*

# CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon.**

Nous apprenons avec un vif regret, le décès du Docteur Angelby, président des Conseils d'Administration des sociétés de Châtel-Guyon et de Martigny. Le Docteur Angelby dirigeait depuis 8 ans la société de Chatel-Guyon et était arrivé par sa ténacité bien connue et son activité inlassable à augmenter de beaucoup le chiffre des buveurs et la vente de l'eau. C'était un convaincu et un dévoué ; il est rare de rencontrer des administrateurs aussi vigilants et aussi ardents.

**A l'Académie.**

Demandes d'autorisation pour les sources *Stella*, *Saint-André* et *Sans-Rivale* à Vals, *Royale* à Evian, *Saint-Albert* à Vals, *Vitale* à Montpeyroux, *Croizat* à la Bourbonle et *Salmière* à Miers.

# ÉCHOS

**L'Octroi et la Momie.**

Extrait des mémoires secrets de Bachaumont (18 octobre 1767).

« Il vient de se passer une aventure très comique et très vraie. Un particulier, venant du Caire, a rapporté une momie comme objet de curiosité, pour orner un cabinet. Passant par Fontainebleau, il a pris le coche d'eau de la Cour pour se rendre à Paris. Mais, par oubli, en faisant emporter ses bagages, il a laissé la boîte qui contenait la momie. Les commis l'ont ouverte, ont cru y voir un jeune homme étouffé à dessein, ont requis un commissaire qui s'est rendu sur les lieux avec un chirurgien aussi ignorant que lui. Ils ont dressé un procès-verbal et ordonné que le cadavre serait transporté à la Morgue, pour y être exposé et reconnu par ses parents ou autres, et qu'on informerait contre les auteurs du meurtre.

« Cela a excité une grande rumeur dans le peuple, indigné de l'atrocité du crime dont on l'a instruit, et sur lequel on a forgé cent conjectures plus criminelles les unes que les autres. Le propriétaire de la momie, s'étant aperçu de son étourderie, est retourné au coche réclamer sa boîte. On l'y a arrêté; on l'a conduit chez le commissaire, qu'il a rendu bien honteux en lui démontrant sa bévue, son ignorance et celle du chirurgien.

« Pour retirer de la Morgue le cadavre prétendu, il a fallu se pourvoir par-devant M. le lieutenant criminel, ce qui a rendu très publique cette histoire, qui fait l'entretien de la Cour et de la ville. »

**Création d'une Association internationale des médecins scolaires.**

A l'occasion du Congrès international d'hygiène scolaire qui s'est tenu à Paris le mois dernier, les médecins scolaires des divers pays se réunirent en vue d'examiner s'il y avait lieu d'organiser une Association internationale. Le Dr Butte montra le grand intérêt qu'il y aurait à grouper en un seul faisceau toutes les forces éparses dans les différents pays. La réunion en une puissante association des médecins des écoles de toutes les nations ayant pour objet d'échanger des idées, de se renseigner sur les méthodes nouvelles, sur les progrès réalisés, permettrait de s'entendre et d'obtenir plus facilement des pouvoirs publics les améliorations reconnues utiles, soit dans les services de l'hygiène scolaire, soit dans la situation morale et matérielle des médecins scolaires.

Cette manière de voir fut adoptée à l'unanimité, et l'assemblée chargea d'élaborer les statuts de la nouvelle association un bureau provisoire constitué par le bureau de la Société des médecins inspecteurs des écoles et de délégués de l'étranger et de la France. En voici la composition :

Présidents d'honneur : Sir Lauder Brunton (Londres); Sir James Grant (Ottawa, Canada), professeur Chantemesse, Dr Albert Mathieu.

*Bureau*

Président : M. Cayla.

Vice-présidents : MM. H. Gourichon, H. Gillet, P. Raymond.

Trésorier : M. Dufestel.

Secrétaire général : M. Butte.

Secrétaires : MM. Biard, Meyer, de Lauradour.

A ce bureau sont adjoints comme délégués des différents pays :

Allemagne. — MM. Œbbecke (Breslau); Stephane (Mannheim); Adolf Thiele (Chemnitz); Konig (Francfort).

Angleterre. — MM. M.-D. Eder (Londres); Hogarth (Londres); C.-J. Thomas (Londres).

Belgique. — MM. Ensch (Bruxelles); Hennebert (Bruxelles).

Bulgarie. — MM. Berova, Orakovaky (Sofia); Zaroulanoff (Sofia).

Danemark. — M. Jessen (Copenhague).

Espagne. — M. Massip (Madrid).

Etats-Unis. — M. Thomas Harington (Boston).

France. — Mlle Desmolières (Paris); MM. de Pradel (Paris); Toledano (Paris); Paul Boncour (Paris); César Roux (Nice); A. Roussy (Marseille); Weigert (Lyon).

Italie. — M. Alfredo Roselli (Bologne); Henrico Rambaud (Venise); Mario Ragazzi (de Gênes).

Mexique. — M. Uribe y Troncoso (Mexico).

Principauté de Monaco. — M. Vivant, secrétaire du Conseil d'administration.

Pays-Bas. — MM. Pigeaud (La Haye); J.-H.-G. Cantens (Utrecht); W.-F. Unia Steyn Parvé (Deventer).

Portugal. — M. da Costa Saccadura (Lisbonne).

Roumanie. — MM. Costiniu (Bucharest); Céalic (Bucharest).

Russie. — MM. Bekamkoff (Moscou); Borowka (Saint-Pétersbourg); Chéhian (Tiflis); Dorido (Odessa); Ignatieff (Moscou); professeur Khlopine (Saint-Pétersbourg); Et. Kopczynski (Varsovie).

Suisse. — M. Rilliet (Genève).

Nous croyons que cette nouvelle Société sera d'une grande utilité par les services qu'elle pourra rendre au point de vue de l'hygiène scolaire. Aussi faisons-nous des vœux pour son succès.

**L'emploi de la céruse en Belgique.**

Le *Moniteur* publie un arrêté royal relatif à l'emploi de la céruse dans les travaux de peinture en bâtiment. Cet arrêté spécifie notamment que les patrons ou chefs d'entreprise ne peuvent employer la céruse que sous forme de pâte broyée et malaxée au moyen d'huile.

Les manipulations de la céruse, sous cette forme, se pratiqueront de manière à éviter le contact de la matière avec les mains, ainsi que la production d'éclaboussures. Le travail à sec au grattoir et le ponçage à sec des surfaces peintes ou enduites au blanc de céruse sont interdits. Les patrons, chefs d'entreprise ou leurs délégués veilleront à ce que les ouvriers portent un vêtement et une coiffure exclusivement réservés au travail. Les vêtements que les ouvriers ôteront pour travailler seront tenus à l'abri des poussières toxiques.

Les patrons ou chefs d'entreprise mettront à la disposition de leur personnel, tant sur les chantiers de travail que dans les ateliers, les objets et les produits nécessaires pour se rincer la bouche, pour se laver au savon la figure et les mains, ainsi que pour s'essuyer.

Les patrons, chefs d'entreprise ou leurs délégués veilleront à ce que leur personnel procède auxdites opérations avant de consommer des aliments ou des boissons et avant de quitter les ateliers ou les chantiers de travail.

Les aliments introduits dans les ateliers ou portés sur les chantiers, seront renfermés dans des boîtes ou enveloppes tenues bien closes jusqu'au moment du repas.

Les patrons ou chefs d'entreprise écarteront définitivement des travaux qui exposent à l'empoisonnement les ouvriers atteints de saturnisme chronique et ceux qui présentent les symptômes récidivants d'intoxication aiguë.

Ils écarteront temporairement ceux dont l'état de santé général serait mauvais au moment de l'examen.

Ils tiendront un registre spécial, conforme au modèle délivré par l'administration, et sur lequel le médecin agréé consignera les constatations faites au cours de ses examens.

Les patrons ou chefs d'entreprise n'emploieront pas les ouvriers s'adonnant à l'ivrognerie; ils défendront l'introduction et la consommation des boissons alcooliques distillées dans les ateliers et sur les chantiers de travail.

**Le XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.**

Ce Congrès aura lieu à Tunis, au mois d'avril 1911: Il aura pour président : M. Deny; vice-président : M. Mabille (de La Rochelle); secrétaire général : M. Porot.

Les questions suivantes feront l'objet de rapports au Congrès de Tunis.

Premier rapport. — « Les perversions instinctives. » Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Deuxième rapport. — « Complications nerveuses et mentales du paludisme. » (Rapporteur : M. Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.)

Troisième rapport. — « L'assistance des aliénés aux colonies. »

Deux rapporteurs avaient été désignés pour cette question : M. Reboul, professeur à l'Ecole d'application de médecine coloniale de Marseille, et M. Scherb, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

A la suite du décès récent de M. Scherb, et, d'autre part, considérant que le second rapporteur, M. Reboul, pouvait être dans l'impossibilité de présenter lui-même son rapport à la session de Tunis, l'assemblée générale a désigné M. le Pr Régis (de Bordeaux), qui accepte, comme rapporteur général de la question de l'assistance des aliénés aux colonies.

Après Tunis, où le Congrès se réunira en avril 1911, la session suivante aura lieu en août 1912. Cette session se tiendra au Puy.

**Montres médicales**

Un spécialiste notoire, M. Auricoste, horloger de la marine de l'État et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris, fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Précis du traitement des fractures par le massage et la mobilisation**, par le Dr Just Lucas-Championnière. (G. Steinheil.)

Le volume que publie M. Lucas-Championnière est destiné à donner un résumé de tout ce qui touche à l'introduction du mouvement dans le traitement immédiat des fractures. Tout ce qui concerne la genèse de cette méthode paradoxale, tout ce qui concerne les indications et les moindres détails de l'application de la méthode a été étudié et exposé succintement, mais avec la précision nécessaire. L'application générale du traitement, les indications et les limites de cette application, les précautions pour en prévenir les abus, sont étudiées d'une façon très générale, pour fixer l'attention du lecteur sur les nécessités de la pratique.

Puis les fractures sont étudiées en particulier. Pour toutes les fractures pour lesquelles le traitement est d'importance capitale, les chapitres sont étendus et peuvent servir de guide complet pendant le traitement. Tels sont par exemple les chapitres consacrés aux fractures du radius, du coude, de l'olécrane, de l'extrémité supérieure de l'humérus, de la clavicule, du péroné, des deux malléoles, du col du fémur.

Un manuel aussi court que celui-ci ne pouvait avoir la prétention d'enseigner tout ce qui concerne la pathologie et le traitement des fractures. Il ne peut que donner une indication rigoureuse de toutes les pratiques nécessaires pour éviter aux sujets atteints de fracture les conséquences funestes des violences et de l'immobilisation. A ce titre il peut être consulté chaque jour, et pour chaque cas particulier des nombreuses fractures pour la cure desquelles la mobilisation est une nécessité capitale.

**L'érythème noueux**, par le Dr Mallein (de Saint-Gervais-les-Bains). Thèse de Paris. (Steinheil.)

Cette thèse remarquée forme une monographie excellente de l'érythème noueux.

Voici les conclusions de ce travail.

Si la tuberculose peut être l'origine de l'érythème noueux, on ne peut affirmer l'origine bacillaire de la dermatose que si celle-ci fait sa preuve de tuberculose.

Dans la plupart des cas, l'érythème noueux apparaît comme dû à une infection banale comparable à l'érythème polymorphe. On le rencontre isolé, primitif, mais très fréquemment aussi chez les blennorrhagiques, les syphilitiques et les tuberculeux.

L'auteur fait remarquer qu'il importe de *surveiller la convalescence* de tout individu indemne jusque-là de tuberculose et atteint d'érythème typique.

**The Johns Hopkins hospital reports.** Vol. XV. (Baltimore.)

**Contribution à l'étude pathogénique du nystagmus des houilleurs**, par le Dr Rutten, de Liège. (Broeh.)

**Guy Patin**, par Pierre Pic. (Steinheil.)

Voici un très bel ouvrage de cet homme érudit et modeste qui se cache sous le pseudonyme de Pierre Pic, ouvrage historique d'une documentation parfaite, mais aussi ouvrage destiné aux bibliophiles par la superbe présentation et l'iconographie soignée et abondante qu'a eu lui donner son éditeur. Livre qui sera lu et conservé avec plaisir par les médecins et les amateurs de beaux livres.

81e Année (Série XIIIe) — N° 71 LE NUMÉRO : 25 CENTIMES 1er Novembre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

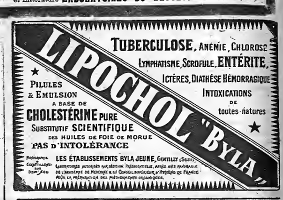
Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne
ABONNEMENTS :
Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole..... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)
Hors concours, Membre du *Exposition franco-britannique*
*Vice-Président, Membre ... Exposition Bruxelles*



CACODYLE
GAÏACOL
STRYCHNINE
SPÉCIFIQUE DE LA GRIPPE
GAÏARSINE-DUCATTE
Chaque Ampoule ou Dragée contient :
Cacodyl. de Gaïacol chimiqt pur.
Sulfate de Strychnine.
Littérature et Échantillons à MM. les Docteurs
Laboratoires DUCATTE
8, Place de la Madeleine
PARIS
E TRIBUS ROBUR TRIPLEX

LIPOCHOL "BYLA"
TUBERCULOSE, ANÉMIE, CHLOROSE
LYMPHATISME, SCROFULE, ENTÉRITE,
ICTÈRES, DIATHÈSE HÉMORRAGIQUE
INTOXICATIONS
DE
toutes natures
PILULES
& EMULSION
A BASE DE
CHOLESTÉRINE PURE
SUBSTITUTIF SCIENTIFIQUE
DES HUILES DE FOIE DE MORUE
PAS D'INTOLÉRANCE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY (Seine)






LES ÉNERGÈTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES Chimiqt & Physiologiquemt titrés
VALÉRIANE
BYLA
Suc de Valériane
SUCS DE SAUGE · DIGITALE · GENET · MUGUET & COLCHIQUE
Chaque flacon 3.50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE A GENTILLY (Seine)






RIGOUREUSEMENT EXEMPT DE TOUS GERMES NOCIFS
SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN
MUSCULOSINE
BYLA
LE FLACON
500 cmc
8 FRANCS
LE ½ FLACON
250 cmc
4 Frs 50
PLASMA MUSCULAIRE
AU MAXIMUM DE PURETÉ
& D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE
CONTROLÉS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE
GENTILLY (SEINE)
AUTORISÉS PAR LE GOUVERNEMENT POUR LA PRÉPARATION DES PRODUITS ORGANIQUES




1789 DELAMOTTE 1908
68, Rue Jean-Jacques-Rousseau, 68 — PARIS
Sondes, Bougies, Canules, Bandages
Plomb de Garantie
breveté s.g.d.g.
NOUVEAUX PLOMBS DE GARANTIE
Personne ne peut essayer ni utiliser nos instruments sans retirer le plomb et l'étiquette, donc, pour être certain que les instruments n'ont été ni essayés, ni utilisés et ne contiennent par suite aucun germe pathogène, exiger le plomb de garantie sur tous les instruments
GRANDS PRIX { Saint-Louis, 1904. Liége, 1905. Milan, 1906. Saragosse 1908
HORS CONCOURS { Spa, Dublin, 1907. Bordeaux, 1907. Londres 1908 membre du Jury.

# ÉCHOS

**Ceux qui s'en vont.**

Nous apprenons avec le plus vif regret le décès du Dr Lancereaux, ancien président de l'Académie de Médecine et professeur agrégé.

**L'incendie de la Faculté de Médecine de Toulouse.**

Un grave incendie vient de détruire la Faculté de Médecine de Toulouse.

**Les médecins et la Bourse du travail**

Le syndicat de médecine sociale avait obt nu récemment de la commission administrative son admission à la Bourse du travail.

Le préfet de la Seine, s'appuyant sur la loi de 1884 et sur les décrets d'organisation de la Bourse, vient d'annuler cette décision.

L'article 3 des statuts du syndicat de médecine sociale, dit, en effet, « que le syndicat est ouvert à tous les médecins faisant de la clientèle et assujettis à la patente ». Les médecins ne peuvent donc, de l'avis du préfet, être assimilés en aucune façon à des ouvriers ou à des employés; dès lors, la société n'a pas le caractère de syndicat exigé par la loi et les règlements et elle ne peut être admise par la Bourse du travail.

**Inspecteurs de l'Assistance publique**

L'ouverture des concours de 1910 pour une place d'inspecteur et huit places de sous-inspecteur de l'assistance publique est fixée au mercredi 14 décembre 1910.

La commission des concours est composée de M. de Mouy, conseiller d'Etat, président; de MM. Félix Voisin, Alcindor, Sauzet, Dr Jules Renault, Mathieu et de la Teilhède, secrétaire.

Les docteurs en médecine sont admis à concourir pour les places de sous-inspecteur.

Pour tous les détails consulter le *Journal officiel* du 14 octobre, p. 8.496 et 8 497.

**Vœu du Conseil général sur le service de vaccination. Organisation du service de la vaccination (M. Deslandres, rapporteur).**

Article premier. — Les particuliers pourront se faire vacciner et revacciner par les médecins de leur choix et les certificats des médecins praticiens certifiant qu'une vaccination a été faite avec succès seront acceptés et enregistrés.

Article 2. — Le service de vaccination et revaccination gratuite est assuré dans des séances régulières, librement ouvertes, qui seront tenues dans les locaux actuellement affectés à ces séances et aux dates et aux heures fixées après entente entre les médecins vaccinateurs et le chef de service de la vaccination.

Avis des jours et heures de ces séances sera donné par voie d'affiches à la population.

Le département paiera à l'administration de l'Assistance publique, pour l'occupation de ses locaux, une indemnité forfaitaire globale de 100 fr. par an.

Article 3. — Les médecins vaccinateurs seront choisis parmi les médecins des bureaux de bienfaisance.

Ils recevront une indemnité fixe de 15 francs par séance et de 0 fr. 30 par vaccination.

Ils assureront également le contrôle de l'efficacité des opérations effectuées par eux dans les conditions prévues par le décret du 27 juillet 1903.

Article 4. — Le vaccin sera fourni aux vaccinateurs par les soins du départ-ment dans des conditions qui seront ultérieurement fixées par un cahier des charges qui devra être préalablement soumis au Conseil général.

Article 5. — Dans les maternités, la vaccination des enfants du premier âge sera assurée par les soins de l'Assistance publique à l'aide de ses médecins et de ses sages-femmes.

Les médecins et sages-femmes recevront une indemnité de 0 fr. 15 par vaccination.

Article 6. — Dans les écoles de la ville de Paris les revaccinations au cours de la 10e année seront assurés par les méd-cins inspecteurs des écoles.

Article 7. — La dépense sera inscrite au budget de 1911 dans la limite d'une somme totale de 51.700 francs à répartir dans les conditions indiquées au mémoire susvisé, savoir :

Dépenses de personnel : 37.900 francs.
Dépenses de matériel : 13.800 francs.

**Règlement du service de santé maritime.**

Il n'existait pas, jusqu'alors, à la marine, de règlement sur le service de santé, analogue à celui qui a été établi au ministère de la Guerre. C'était dans des circulaires éparses et dans un nombre considérable de dépêches manuscrites que les médecins de la marine devaient rechercher les instructions les concernant.

M. Henri Chéron, sous-secrétaire d'Etat à la Marine, vient d'arrêter un règlement complet sur le service de santé, qui remplace toutes les dispositions antérieures et prévoit tout ce qui est relatif à ce service.

Ce règlement, qui fait l'objet d'un volume spécial du Bulletin officiel, va être adressé aux ports.

**L'alcool consommé en 1909.**

Voici comment se répartissent les 1.342.000 hectolitres d'alcool que nous avons absorbés en 1909 :

| | | |
|---|---|---|
| Eaux-de-vie | 812.000 | hectolitres |
| Kirsch et rhum | 137.000 | — |
| Bitters et amers | 33.000 | — |
| Absinthes et similaires | 159.000 | — |
| Genièvre | 66.000 | — |
| Liqueurs | 77.000 | — |
| Fruits à l'eau-de-vie | 8.000 | — |
| Divers | 50.000 | — |
| Total | 1.342.000 | hectolitres |

Les 159.000 hectolitres d'absinthes, répartis entre la population, donnent une consommation moyenne de 0 lit. 40 par habitant.

**Renseignements bibliographiques**

La Royal Society of Medicine, qui comprend dix-sept sociétés médicales de Londres, a récemment pris une décision qui mérite d'être signalée et surtout d'être imitée.

Vu les grandes difficultés qu'éprouvent ceux de ses membres qui séjournent à l'étranger à se procurer les renseignements bibliographiques dont ils peuvent avoir besoin pour leurs études ou pour la rédaction de leurs travaux scientifiques, la Royal Society of Medicine s'est chargée de rechercher et de vérifier tous renvois à la littérature médicale, et même de fournir de brèves analyses des articles parus ou des livres publiés sur un sujet quelconque du domaine des sciences médicales, le tout *gratuitement*.

La Royal Society of Medicine, dont le secrétariat est confié à l'infatigable M. J. Y. W. Macalister, a affecté à ce service tout son personnel de bibliothécaires, qui en se répartissant la besogne, peuvent consacrer aux recherches bibliographiques un temps beaucoup plus long que ne pourrait le faire l'auteur le plus actif et le plus habitué à ce genre de travaux.

## Importance de la Physicothérapie en Gynécologie

Par le Dr J.-A. RIVIÈRE, de Paris

Dans toute la période de sa vie sexuelle, la femme est soumise à un grand nombre de malaises et de maladies qui, sous des formes variables, s'ingénient à empoisonner son existence. C'est surtout en gynécologie qu'il importe de *prévoir*, si l'on veut arrêter les cortèges morbides : le mal, en effet (malgré ses apparences insidieuses) ne grandit, ici, que progressivement. La contexture et les relations des divers organes génitaux nous expliquent cette progression, ainsi que le rôle joué par les méthodes décongestives et sédatives de la physicothérapie. De tout temps, au surplus, les médecins attachèrent la plus grande importance aux traitements hydriatiques et hydrominéraux dans les affections gynécologiques — ces traitements (il faut le remarquer) s'adressaient beaucoup plus à l'état général qu'à l'état local. La même particularité peut s'observer pour la plupart des agents physiques. Cependant, le massage et certaines modalités électriques, exclusivement pelviennes, peuvent rendre de signalés services dans les cas d'adhérences péri-utérines, de déviations et de métropathie accompagnées de congestion du petit bassin.

La neurasthénie complique bon nombre de métrites et de salpingo-ovarites. Cet état nerveux aggrave les idées morbides des malades, les fait changer, à tout instant, de médecins et de médications, jusqu'à proposition d'une opération plus ou moins mutilante, mais souvent évitable. Il suffirait (ainsi que nous le voyons souvent) de quelques séances de bains statiques ou hydro-électriques, avec rétablissement de la régularité des selles, pour remédier, parfois, aux désordres d'apparence les plus prononcés.

Le rôle joué par l'arthritisme et par le ralentissement nutritif dans les métropathies n'est pas moins avéré. La congestion et l'intoxication caractérisent cette braditrophie : les combustions et les éliminations insuffisantes encombrent le sang d'une multitude de déchets. A ces utérines autointoxiquées, arthritiques, l'exercice n'est pas toujours possible ni favorable. C'est alors que la physicothérapie quotidienne vient y suppléer avec avantage, pour provoquer les éliminations régulièrement indispensables au déblaiement du terrain morbide.

Il faut aussi savoir dévisager les « fausses utérines », c'est-à-dire les femmes dont le système génital n'est pas en cause, mais dont le nervosisme général retentit aisément sur l'appareil sexuel à l'occasion des moindres perturbations de la circulation utéro-ovarienne ; à ces pathophobes, plus ou moins hystériques, à ces névralgiques lumbo-abdominales exaspérées à chaque période cataméniale, les bains statiques, les courants continus faibles sur les lombes et sur le bas-ventre, les bains d'acide carbonique, la thermothérapie locale, etc., sont indispensables pour combattre le neuro-arthritisme et remonter utilement le système nerveux central. Calmer la douleur, c'est empêcher les réactions organiques qui l'accompagnent et qui la suivent ; c'est réfréner cet état d'inquiétude morale, d'angoisse continue, de lassitude indéfinissable, qui signalent les hystéralgies. Le galvanofaradisme, le massage vibratoire, si puissant pour décongestionner l'appareil vasomoteur, nous rendent dans ces cas, les plus remarquables services.

Les transformations et les réactions produites au sein des cellules par les agents physiques constituent la meilleure thérapeutique fonctionnelle. L'agent physique (quel qu'il soit) impressionne les nerfs centripètes périphériques et les vaisseaux capillaires : l'excitation se transmet aux neurones et à la vascularisation de la région malade. C'est ainsi que l'application abdominale des rayons ultra-violets régularise la menstruation et combat la névralgie ovarienne. Les faradisations et les effluves de haute fréquence, la thermothérapie et certaines pratiques de mécanothérapie abdomino-pelviennes procurent aussi, dans les aménorrhées, d'excellents résultats, en réveillant les réflexes vaso-moteurs et en régularisant la circulation locale. Comme le dit fort bien Vidal, nombre d'affections utéro-ovariennes qui, à l'origine, ont pu avoir le microbe comme cause primitive, ne sont plus que des troubles d'innervation ou de circulation, contre lesquels les médicaments et la chirurgie restent impuissants : c'est sur la physicothérapie seule qu'il faut alors compter sérieusement.

L'aménorrhée est souvent fonction de chloro-anémie ou de prétuberculose. D'autre part, certaines neuro-arthritiques souffrent de dysménorrhée intermenstruelle (*Mittelschmerz* des Allemands). Ces anomalies s'atténuent et disparaissent par les applications physicothérapiques et principalement par l'hydriatique pelvienne, la méthode de Brandt, la gymnastique mécanothérapique, les bains de $CO^2$ reconstituants de la nutrition et régulateurs de l'irrigation sanguine, fréquemment troublée par l'existence urbaine.

Le médecin contemporain a souvent le tort de se laisser hypnotiser par l'état local et de ne pas veiller au tempérament morbide général, à la tare dyscrasique, au vice nutritif, à l'hérédité nerveuse. Les plus grands succès obtenus par nous, en gynécologie, viennent de notre lutte constante contre l'auto-intoxication, les tendances congestives, l'insuffisance névrarchique. Chez la femme arthritique, notamment, l'éréthisme nerveux crée, très souvent, l'hypérémie utéro-ovarienne ; les « hémorragies névropathiques » de notre maître Lancereaux ne sont pas une vaine conception de l'esprit.

Que de métrorragies, que de métrites reposent sur une base constitutionnelle ! Comme le dit Pierra, il est peu de femmes arthritiques qui ne sentent leur utérus : elles s'en préoccupent et (sans avoir de véritable métrite) aboutissent à un état de neurasthénie utérine, aggravé par les médications et justiciable des seuls agents physiques. Lorsque l'hypertension est en cause (ce qui n'est pas rare chez les femmes touchant à la quarantaine), la darsonvalisation générale est le traitement de choix, nous l'avons fréquemment signalé.

Même pour la simple douche vaginale, comme l'a fait remarquer Richelot, il faut une installation spéciale. C'est là la pierre d'achoppement. Il faut, en effet, 80 à 100 litres d'eau pour décongestionner l'utérus, et adjoindre souvent la douche générale chaude et la douche périgastrique, qui amènent des résolutions inattendues, même dans les infections pelviennes « et font une existence nouvelle à ces arthritiques nerveuses dont les douleurs, les pertes, la dysménorrhée ont résisté à tout ». Pour tirer de l'eau chaude, en gynécologie, tout le parti possible, ajoute le savant chirurgien, il ne faut pas la prescrire à la diable, mais insister sur l'abondance, la régularité, la température, l'application rigoureuse intégrale. C'est la raison d'être des établissements spéciaux.

Nous utilisons, avec le plus grand avantage, en gynécologie, l'énergie calorifique, lumineuse et de haute fréquence ainsi que le tampon imbibé de glycérine chaude.

Les lavements huileux chauds restituent aux organes du petit bassin une grande quantité de calorique utile et bienfaisant ; je ne parle pas des applications chaudes sur l'abdomen ; ce procédé d'usage courant donne des résultats excellents alors que les applications de glace sont néfastes. Je vais plus loin. La chirurgie abdominale serait bien réduite sans la glace, fautrice de la plupart des maux, comme des complications. Pourquoi avons-nous oublié le précepte ancien : « Ventre et pieds chauds font santé et courage ».

Les métrites reconnaissent deux grandes causes ; la puerpéralité et le gonocoque ; cela est entendu. Mais les dispositions congestives générales jouent un rôle favorable à la pénétration des micro-organismes infectieux. Or, c'est précisément contre cette diathèse phlogogène, contre l'arthritisme et l'herpétisme constitutionnels, contre la chlorose, le lymphatisme et autres troubles organiques, créant un terrain favorable ; c'est aussi contre les malformations virginales et contre les subinvolutions post-gravidiques incomplètes, contre les utérus irritables des névropathes, enfin, que la physicothérapie, bien conduite, aura sa grande utilité. La kinésithérapie gynécologique, l'hydrothérapie (décongestive et sédative antitorpide), l'électricité surtout, qui agit sur la fibre musculaire lisse et dissipe les engorgements en régularisant les circulations locales perverties (ainsi que Tripier le proclamait il y a plus de cinquante ans), tels sont les agents les plus usités. Même en cas d'endométrie, la chimicaustie voltaïque par l'hystéromètre, suivant la méthode d'Apostoli, constitue un excellent traitement, souvent préférable au curetage. Le grand avantage de nos méthodes est de dissiper l'atonie gastro-intestinale et les troubles nerveux dépressifs, qui rendent la femme langoureuse et incapable d'effort et de volonté. Même cet aspect souffreteux, justement décrit par les anciens sous le nom de « faciès utérin » (yeux cernés et bistrés, traits tirés et teint blafard) change très promptement chez les femmes qui adoptent les pratiques physicothérapiques. Une bienfaisante détente, la reprise du courage et le remontement de l'état psychosténique caractérisent ces divers

traitements, dont l'activité s'étend à toute l'économie.

Un symptôme qui accompagne souvent les métrites et les leucorrhées, c'est le prurit vulvaire, si rebelle aux médications pharmaceutiques. Le bain de siège à eau courante et hydroélectrique, les bains de $CO^2$, les douches chaudes baveuses, le souffle statique, les effluves de haute fréquence, les rayons bleus et les rayons actiniques, donnent, au contraire, les meilleurs résultats, obvient aux crises paroxystiques, rétablissent le sommeil et procurent des guérisons de longue durée par la sédation décongestive et modificatrice de la muqueuse vulvo-vaginale, sous le triple rapport vasculaire, glandulaire et nerveux.

L'étroite solidarité unissant toutes les fractions du tractus génital de la femme explique la fréquence des annexites et des réactions péritonéales qui en dérivent. Pour empêcher la production phlegmasique paraütérine, le repos, les irrigations vaginales et rectales bien chaudes ne suffisent pas. Il faut y adjoindre la physicothérapie méthodique. Les bains hydro-électriques, les bains d'acide carbonique, les applications chaudes glycérinées, la statique, les douches générales chaudes, les bains thermolumineux, généraux et locaux. La massothérapie prudemment appliquée, l'ionisation vaginale et intra-utérine ont une action certaine pour les résolutions des exsudats péri-utérins des infiltrations du ligament large et des adhérences utéro-annexielles. Dans ces cas la haute fréquence et la faradisation sont contre-indiquées à cause des contractions qu'elles éveillent.

L'état général dans les annexites bénéficie singulièrement de la physicothérapie. Les troubles digestifs et cardiaques, les insuffisances fonctionnelles, l'insomnie, l'adiposite, la dysménorrhée, les bouffées de chaleur, l'irritabilité, les vertiges, la céphalée, la rachialgie, le manque de courage, l'inaptitude au travail, etc... font place à l'équilibration progressive de la santé physique et morale sous l'influence des applications statiques et de haute fréquence, des bains d'acide carbonique, de la mécanothérapie, etc.

Les troubles de la statique utérine, si communs en clientèle, sont dûs principalement aux relâchements des ligaments chez les malades nerveuses, amaigries, ayant eu des couches fréquentes. On y remédie par les massages gynécologiques et par les courants intermittents, qui tonifient et assouplissent les organes, decongestionnent le petit bassin et facilitent le retour à la position physiologique. La gymnastique mécanothérapique de Thure-Brandt, avec ses attitudes actives ou passives, avec ou sans resistances (invigoration des muscles pelviens par l'adduction des cuisses, mouvements contrariés divers, pour équilibrer le fonctionnement des masses musculaires), seconde fort bien la massothérapie utérine. Autant le repos est utile, d'ailleurs, dans les salpingo-ovarites, autant il fait obstacle à la guérison des déviations. Il est rare d'observer des cas irréductibles par la kinésithérapie et nécessitant l'intervention chirurgicale. Pour prévenir les prolapsus, nous conseillons de favoriser toujours après les couches, l'involution et la décongestion utérine et de fortifier le plancher périnéal affaibli (surtout en cas de neuro-arthritisme). Les diverses modalités électriques, les douches locales filiformes, les bains de siège de $CO^2$ concourront à ce but et préserveront de l'hystéropexie, dont les inconvénients sont trop connus. Le traitement conservateur, en gynécologie, ne saurait se priver du concours éclairé de la physicothérapie : tous les cliniciens finiront par le reconnaître.

Il est démontré que les *fibrômes* décroissent rapidement et peuvent même se résorber sous l'impulsion du traitement électrique. Voir notre communication : Traitement des fibrômes et prévention des néoplasmes par la physicothérapie (XIVe Congrès International de Médecine, Madrid 1903).

L'électrolyse intra-utérine, métallique ou non, a, de plus, l'incontestable avantage d'obvier aux douleurs et aux hémorragies. Surtout chez les femmes quadragénaires, elle éloigne toute chance d'opération : après quelques séances l'amélioration locale et générale se trouve si marquée que l'on assiste à de véritables résurrections. Le processus fibro myomateux se trouve enrayé par le réveil de l'action expulsive du néoplasme et de la phagocytose utérine.

La faradisation est sédative et hémostatique, tandis que l'électrolyse intra-utérine, suivant la méthode d'Apostoli, diminue le volume des tumeurs, accroît leur mobilisation et leurs tendances expultrices et relève l'état général le plus épuisé. Nous ne dépassons guère 50 milli-ampère comme intensité et nous préférons les électrodes métalliques. En ajoutant au traitement les effluves de haute fréquence, les applications de rayons X, comme nous le disions dès 1903, les bains statiques, les bains carbo-gazeux et hydro-électriques, la vibrothérapie, on rend les plus grands services aux malades. Ces interventions physicothérapiques répétées constituent aussi la plus sûre prophylaxie des dégénérescences sarcomateuses du fibrôme et contribuent ainsi à la prévention si difficile du cancer, comme nous le disions dans notre communication de Madrid.

Ce dernier trouve encore, dans les applications de haute fréquence, son traitement le plus efficace, ainsi que je l'ai démontré, le premier, dès 1900 (1). Nous utilisions, dès cette époque, l'énergie de haute fréquence sous forme d'effluves et d'étincelles (fulguration de Pozzi) et sous forme d'aiguilles métalliques implantées dans les tissus morbides et reliées au petit solénoïde.

Dans ce second cas, c'est surtout l'action thermo-électrique qui est en jeu (électrocoagulation de Doyen). Nous disions, en effet (observation V, page 775 — compte rendu des séances du premier Congrès International d'Electrologie et de Radiologie Médicales — Paris, juillet-août 1900) : « *J'ai aussi soigné deux épithéliomas inopérables de l'utérus, le premier, à l'aide d'aiguilles de platine implantées dans les fongosités et reliées à l'extrémité du petit solénoïde; le second, à l'aide d'un tampon imprégné de salol ou imbibé de liqueur de Van Swieten et appliqué sur la tumeur, après avoir été relié au résonateur* ».

(1) Action des courants de haute fréquence dans le traitement des tumeurs malignes.

Je disais au Congrès de 1900 : les douleurs, les hémorrhagies, la leucorrhée fétide s'atténuent promptement, sous l'action héroïque de l'énergie alto-fréquente, qui refrène et détruit les bourgeonnements envahisseurs et procure aux malades les avantages d'un véritable curetage aseptique, qui enlève au néoplasme les trois quarts de sa sanieuse malignité et diminue d'autant les probabilités d'infection généralisée organique.

Toute perte, survenue surtout au moment de la ménopause, réclame un examen approfondi, suivi d'un traitement approprié. L'hémorrhagie étant suspecte, une biopsie doit être pratiquée sur le col, afin d'établir le diagnostic le plus précis. La plupart des accidents vasculaires et nerveux de l'âge critique (palpitations, étourdissements, mélancolie, excitabilité) sont justiciables des agents physiques; les applications de haute fréquence rendent, notamment, de bons services, à cause de l'hypertension qui règne ordinairement à cette époque chez les femmes. Les douches écossaises et les bains hydro-électriques de $CO^2$ s'adressent surtout à la dépression nerveuse, aux poussées congestives lombaires, aux algies cardiaques avec angoisses et tendances congestives (pléthore vasculaire, varices, hémorroïdes). Enfin, la mécanothérapie et l'hydromassothérapie s'appliquent aux tendances polysarciques et arthritiques, si fréquentes à l'âge de retour.

*Résumé et conclusions*. — 1° La contexture et les relations de continuité des organes génitaux chez la femme nous expliquent la progression, souvent rapide des complications et la nécessité d'agir vite.

2° La physicothérapie a le précieux avantage de ne pas borner ses effets curatifs à l'état local; elle s'adresse aussi à l'état général, qui sert de support ou de terrain à l'infection, et dont la modification importe beaucoup au succès décisif des traitements topiques.

3° Il faut principalement avoir en vue, dans les traitements la neurasthénie utérine, la bradytrophie arthritique et son intoxication cellulaire fatale. Nous ne parlons pas ici des « fausses-utérines », qui sont des pathophobes plus ou moins hystériques, qui souffrent de névralgie ovarienne, exclusivement justiciables du traitement méthodique par les agents physiques.

4° L'agent physique (quel qu'il soit) impressionne les nerfs centripètes périphériques et les vaisseaux capillaires; cette excitation se transmet aux neurones et à la vascularisation de la région malade. L'hydrothérapie et l'électricité sous toutes leurs formes, l'actinothérapie, la thermothérapie, le massage et la mécanothérapie agissent ainsi sur les divers états utéro-ovariens, et sur les anomalies menstruelles, créés ou entretenus par les tares dyscrasiques.

5° C'est la diathèse phlogogène qui permet au gonocoque et aux micro-organismes de la puerpéralité d'engendrer les métrites. Tous les agents physiques susceptibles de modifier cette diathèse empêchent la prolifération des germes morbides. Le traitement local est fourni par la chimicaustie voltaïque, la faradisation, l'électrolyse, la haute fréquence, les rayons Roentgen,

agissant contre les symptômes vasculaires, glandulaires et nerveux. La physicothérapie convient aussi à la cure des annexites chroniques : méthode, en quelque sorte, intermédiaire entre la médecine et la chirurgie, elle nous permet d'éviter aux malades de pénibles interventions. Il en est de même dans les troubles de la statique utérine (prolapsus, déviations) et dans le prurigo pudendi rebelle aux médications habituelles.

6° Il est inutile d'insister longuement sur le traitement électrique des fibromes, classique depuis les travaux persévérants d'Apostoli. A l'électrolyse intra-utérine, il est toujours utile de joindre d'autres applications synergiques, principalement les rayons Roentgen, la haute fréquence, les bains hydro-électriques et d'acide carbonique.

7° Quant au traitement physicothérapique du cancer, nous avons démontré au premier Congrès International de Radiologie et d'Electrologie Médicales, Paris, Juillet-Août 1900 — ma communication à l'Académie de Médecine, décembre 1903 et aux différents Congrès de Madrid (1903), Paris (1907), Rome (1907), Budapesth (1909), Barcelone (1910), etc..., les bienfaits palliatifs et curatifs de l'énergie de haute fréquence, ainsi que ceux des rayons Roentgen. De nombreux auteurs ont confirmé ce que nous avions avancé au sujet de l'action élective *thermo-électro-chimique* de la haute fréquence employée dans ses différentes modalités (action directe, effluve, étincelles, etc.), comme au sujet de nos méthodes physicothérapiques préventives des récidives — (Effluves et étincelles de haute fréquence appliquées dans la brèche opératoire), et après cicatrisation.

Il est important de généraliser les examens gynécologiques à l'époque de la ménaupose car la physicothérapie, en denors de toute suspicion néoplastique, rend à nos malades d'excellents services pour les aider à doubler sans péril ce cap des tempêtes.

---

## BASES RATIONNELLES

DE LA

# Médication Hématosique

*Conclusions du Rapport présenté par le Docteur J. Noé à l'Académie de Médecine de Paris, dans sa séance du 7 juin 1910, sur cette médication.*

1° La thérapeutique doit devenir néo-vitaliste, c'est-à-dire s'inspirer des processus biomécaniques qui caractérisent l'ordre des manifestations vitales. Elle doit, avant tout, satisfaire et s'adapter aux besoins d'énergie cinétique qui sont les plus essentiels de l'économie.

2° La forme la plus adéquate de vitalisation médicamenteuse peut être obtenue en imitant les modalités spécifiques de zymoactivité et surtout la labilité des substances diastasiques. L'application des données stéréo-chimiques peut rendre la pharmacothérapie plus rationnelle et plus féconde.

3° La régularisation de la respiration cellulaire s'impose pour le maintien de la résistance générale.

La régénération sanguine exige une opothérapie médicamenteuse, sélectionnée au point de vue cyto-énergétique, c'est-à-dire répondant non seulement à l'apport médicamenteux qui comble le déficit plastique, mais encore à la forme isodynamique qui permet de satisfaire aux suppléances oxydasiques.

4° La notion de vitalité semble essentiellement subordonnée à la vitesse des phénomènes vitaux qui caractérise les diverses modalités de formes vivantes et dont la suractivité progressive marque les étapes successives de l'évolution.

Le perfectionnement hématosique fournit le plus sûr criterium de l'accroissement de vitalité, car il est étroitement lié à l'accélération du métabolisme intime de l'économie.

5° L'énergie vitale doit tendre vers le maximum d'oxygénation. Aussi, la différenciation respiratoire se conforme-t-elle aux besoins croissants de suractivité vitale.

L'auto-intoxication est plus fatale lorsqu'elle résulte de la prépondérance de vie anaérobie que lorqu'elle provient de l'autophagie ou de l'insuffisance d'élimination

6° Le sang constitue, pour l'être vivant, une véritable banque, destinée à la régularisation du bilan nutritif.

7° Le rajeunissement constitue un processus efficace de défense de l'organisme, non seulement par la suractivation phagocytaire, mais encore par l'amplification du pouvoir hématosique. Il semble préparer les éléments cellulaires à une organisation plus favorable à la labilité de leurs constituants essentiels.

8° La différenciation progressive de l'hématie tend, par la réduction de ses dimensions et la suppression de son noyau, à multiplier la surface globulaire.

La fixation de l'oxygène sur l'hémoglobine correspond à une sorte de condensation qui permet l'accroissement de labilité protoplasmique.

9° L'hypohématose implique un défaut de perfectionnement évolutif ou fonctionnel. Il y a donc intérêt à rétablir la régulation hématosique, en instituant une médication qui puisse rationnellement accélérer le processus hématopoïétique et combler le déficit oxydasique.

10° La défense bio-chimique de l'économie se trouve sauvegardée par l'existence d'un luxe d'hémoglobine et par un mécanisme régulateur, tendant à compenser la diminution d'hémoglobine par une meilleure utilisation de celle qui reste.

La médication ferrugineuse, qui augmente la capacité respiratoire du sang, favorise sans doute cette régulation.

11° Les processus de régulation hématosique intéressent non seulement la différenciation globulaire, la labilité de la molécule hémoglobinique, l'énergie hématopoïétique, mais encore l'activité de l'oxydo-réduction tissulaire.

12° L'organisme ne dépérit qu'en raison de l'effort auquel il est astreint. Aussi, n'est-ce pas tout que de relever la vitalité en régularisant l'équilibre hématosique, en accumulant des réserves pour la fonction martiale et en excitant la respiration cellulaire. Il faut encore compléter l'intervention biothérapique en orientant l'effort réparateur de telle sorte que les conditions de résistance spécifique du tissu sanguin se trouvent renforcées.

La réparation plastique du sang, qui répond à une sorte de rajeunissement et comporte une suractivation de la vitalité, résulte du réveil de l'activité cytopoïétique. Mais elle ne peut toujours être suffisante ou adéquate à son but : elle est le plus souvent hypotypique et aboutit à une hétéromorphose, liée à la reviviscence de tissus ancestraux.

13° C'est l'imperfection de l'équilibre hématosique qui crée les syndromes anémiques ; et, par suite, la thérapeutique rationnelle de l'hypo-hématose doit tendre à la régulation du cycle hématopoïétique.

14° L'hémoglobine n'étant pas une véritable oxydase, il importe, dans les états anémiques, de pallier à la discontinuité de son action, en administrant des corps, tels que le manganèse, qui soient susceptibles d'exciter directement l'activité des ferments oxydants.

15° Le *Globéol* est un adjuvant des plus utiles pour la cure *anti-neurasthénique* et pour le traitement de l'*anémie tuberculeuse*. Il constitue la médication spécifique de tout état anémique et de la *chlorose*, ainsi que le remède par excellence de toute maladie de langueur. Il augmente en quelque sorte la *force de vivre* et abrège la convalescence.

Ses avantages pharmacodynamiques résultent de ce qu'il ajoute aux bienfaits reconstituants du fer, les effets bio-catalytiques du manganèse. De plus, par l'incorporation de ces deux agents, à l'*état colloïdal*, dans un *extrait protoplasmique de globules sanguins*, il réalise une intéressante synergie opothérapique, une véritable opothérapie médicamenteuse qui non seulement perfectionne l'hématose grâce à ses propriétés bioplastiques et cyto-énergétiques, mais qui encore est antitoxique et biotonique.

Sa forme pilulaire permet d'éviter tous les inconvénients dyspeptiques de la médication ferrugineuse et, grâce à la libération réfractée qui s'opère dans le milieu intestinal, assure l'assimilation intégrale des principes médicamentaux qui constituent son complexe colloïdal.

---

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la syphilis secondaire**, par M. le Dr Albert Robin (Hôpital Beaujon), (*Journ. des Prat.*)

Le mercure constitue le médicament de choix de la syphilis. On le fait absorber par la voie cutanée avec les frictions à la période tertiaire, et par la voie buccale ou sous-cutanée aux périodes primaire ou secondaire.

Le clinicien a le choix pour les injections intramusculaires. Les injections, sous la forme insoluble, présentent de graves inconvénients : le calomel est très douloureux, et l'huile grise n'a pas toujours une action constante. Il est préférable de recourir aux injections journalières de sels solubles. On peut employer deux solutions mercurielles :

La première :

| | |
|---|---|
| Biiodure de mercure | 0 gr. 01 |
| Iodure de potassium | 0 gr. 01 |
| Eau distillée | 1 gramme |

a l'inconvénient d'être un peu douloureuse.

On se trouvera bien de l'emploi de la seconde: de :

| | |
|---|---|
| Sérum physiologique........ | 100 grammes |
| Benzoate de mercure....... | 2 — |

Chaque centimètre cube contient 0 gr. 02 de mercure. On injectera tous les jours un centimètre cube, puis deux, même trois dans les formes graves. Ces injections sont continuées vingt jours, repos dix jours, reprendre vingt jours, puis un mois de repos. L'ensemble constitue une série. On en fera dix séries par an.

La syphilis sera traitée 4 ans. La deuxième année on fera quatre séries, la troisième, trois séries, la quatrième, deux séries. Durant tout ce traitement, l'alimentation doit être tonique et reconstituante.

Il faut insister sur l'hygiène de la houche. Avant chaque série, un examen dentaire s'impose. On utilisera d'une manière préventive le hrossage avec la poudre suivante :

| | |
|---|---|
| Carbonate de magnésie....... | 10 grammes |
| — de chaux précipité. | 50 — |
| Chlorate de potasse.......... | 10 — |
| Charbon de peuplier......... | 10 — |
| Poudre de quinquina gris..... | 10 — |
| Poudre de savon............ | 10 — |

Aromatiser à l'essence de menthe.

Si la syphilis est bénigne et l'état général excellent, on peut faire absorber le mercure par la voie buccale, sous la forme de pilules ainsi formulées :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure....... | 2 grammes |
| Chlorure de sodium.......... | 2 — |
| Eau distillée.................. | 6 — |
| Gluten pulvérisé............ | 15 — |
| Extrait thébaïque........... | 1 gr. 50 |
| Glycérine.................. | 3 grammes |

Dissoudre l'extrait thébaïque dans la glycérine. Le bichlorure de mercure et le sel dans l'eau distillée, faire une pâte avec la solution glycérinée et le gluten, et ajouter après la solution aqueuse. Faire 200 pilules. Une pilule avant le déjeuner et le dîner.

Le traitement arsenical de la syphilis secondaire fournit des résultats très satisfaisants; dans certains cas où le mercure échoue, on le prescrit associé à la médication mercurielle. On peut ordonner de l'hectine, en injection sous-cutanée journalière de 10 centigrammes dans un centimètre de liquide ; continuer pendant 10 jours et interrompre 5 jours avant une nouvelle reprise. L'hectargyre associe l'hectine au mercure ; chaque ampoule contient :

| | |
|---|---|
| Hectine..................... | 0 gr. 10 |
| Mercure.................... | 0 — 005 |

On injecte une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.

La solution « 606 », d'Ehrlich et Hata sera injectée à la dose de 0 gr. 40 en une fois. Mais c'est là une médication encore peu connue et plusieurs cas de mort ont été signalés.

A la *période tertiaire*, le sirop suivant donne les meilleurs résultats :

| | |
|---|---|
| Biiodure de mercure......... | 0 gr 20 |
| Iodure de potassium.......... | 20 grammes |
| Eau distillée................. | 40 — |
| Sirop de pensée sauvage...... | 160 — |
| Sirop simple................. | 200 — |

Chaque cuillerée à bouche contient 1 centigramme de biiodure et 1 gramme d'iodure de potassium.

Sur les gommes, on appliquera la pommade :

| | |
|---|---|
| Iodoforme.................. | 1 gramme |
| Baume du Pérou.......... | 2 — |
| Vaseline................... | 20 — |

Avant que l'emploi du « 606 » soit nettement réglé par l'expérience, le traitement mercuriel doit nécessairement être institué suivant les règles précédentes.

**Traitement de la diphtérie maligne**, par le Dr Simon, chef de laboratoire à l'hôpital Bretonneau (*Cons. Méd. franç.*) (Poinot).

Cette forme est d'un diagnostic aisé : les fausses membranes tapissent tout le fond de la gorge, elles sont sanieuses, grisâtres, et exhalent souvent une odeur fétide; du nez s'écoule un liquide brunâtre ; l'adénopathie sous-maxillaire est considérable et donne l'aspect du cou proconsulaire. Le teint est plombé avec quelques taches violacées sur les joues ; le pouls est fréquent et dépressible, les urines contiennent une quantité notable d'albumine.

Cette forme, qui est très grave, nécessite un traitement énergique :

La *sérothérapie*, doit être instituée aussitôt que possible, d'autant plus que c'est souvent parce qu'on a trop tardé que l'angine a déjà revêtu cette évolution. Il faut, pour la première fois, injecter *au minimum* 20 c. c., avant un an, 30 c. c. chez les enfants de plus d'un an, 40 c. c. chez les adolescents et les adultes; certains médecins conseillent même d'aller pendant la phase aiguë jusqu'à 60 c. c. par jour. Il faut injecter une dose identique le lendemain : quelquefois même, lorsque la situation paraît particulièrement grave, on doit injecter une certaine quantité de sérum, douze heures après la première piqûre. On doit répéter ainsi journellement les injections avec la même dose, ou avec des doses un peu moins fortes tant qu'on voit encore des fausses membranes; quand on n'en voit plus, on doit néanmoins continuer à injecter, tous les deux ou trois jours, 10-20 c. c.; car il n'est pas rare qu'il se constitue encore, dans le cavum, des membranes qui échappent à l'examen clinique. Mais il y a une autre raison : c'est dans ces formes qu'ont le plus de chance d'apparaître, du huitième au douzième jour, des symptômes graves, d'allure cardio-bulbaire, qui nécessitent l'emploi du sérum; or il est de première importance de maintenir les enfants sous l'influence du sérum pour éviter l'anaphylaxie, et d'autre part il est certain que ces injections répétées diminuent la possibilité et la gravité de ces accidents, comme le montre la statistique récente de Méry, Weill-Hallé et Parturier. On pourra donc avoir à injecter dans ces formes jusqu'à 500, 800 c. c. de sérum, ou plus encore.

Le *traitement local* comportera des compresses humides en permanence autour du cou, des lavages de gorge répétés toutes les trois heures; on fera bien, dans l'intervalle des lavages, de badigeonner le pharnyx avec un tampon d'ouate monté et imprégné d'une des substances antiseptiques suivantes : eau oxygénée pure, glycérine phéniquée à 1/20, liqueur de Gram ou de Lugol. On introduira dans le nez plusieurs fois par jour quelques gouttes de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Argent colloïdal........... | 1 gramme |
| Eau distillée.............. | 20 grammes |

C'est dans cette forme surtout que la *médication générale* doit venir au secours du sérum :

Il faut s'adresser au *collargol en frictions*, mais de préférence aux injections intra-musculaires ou intraveineuses (5 à 10 c. c. par jour suivant l'âge). Il n'est pas douteux, comme l'a montré Netter, que ce médicament améliore notablement le pronostic de l'angine maligne.

M. Marfan recommande les injections d'*huile iodée*, l'iode étant un atténuant de la toxine diphtérique (injection tous les jours pendant trois ou quatre jours, de 1 c. c. d'huile iodée à 5 pour 100).

Il faut soutenir ces enfants par une alimentation reconstituante ; pendant les premiers jours, on donnera du lait auquel on ajoutera un peu de café, quelques grogs légers; assez rapidement la fièvre baisse, c'est alors surtout qu'il faut s'adresser au jus de viande, au houillon de veau ou de poulet, aux bouillies, aux jaunes d'œuf ; nous avons même vu une surveillante donner à ces enfants systématiquement de la viande crue râpée dès que la fièvre avait disparu, et ils s'en trouvaient très bien.

Mais, à côté de ces indications générales, il y a d'autres médicaments qu'on peut être amené à donner pour combattre l'asthénie, l'hypotension artérielle, la tendance au refroidissement et au collapsus. Il faut recommander particulièrement à cet effet les *bains sinapisés chauds, les injections de sérum artificiel ou de sérum de Chéron, les injections de caféine, de spartéine ou de strychnine :*

| | |
|---|---|
| Caféine..................... | 2 grammes |
| Benzoate de soude......... | 2 gr. 50 |
| Eau distillée................ | 10 c. c. |

(Injecter de 1/2 c. c. à 2 c. c. suivant l'âge.)

| | |
|---|---|
| Sulfate de spartéine.......... | 0 gr. 20 |
| Eau distillée.................. | 10 c. c. |

Pour 10 ampoules de 1 c. c. (injecter de 1/2 c. c. à 2 c. c. suivant l'âge).

| | |
|---|---|
| Sulfate de strychnine.. | 5 milligrammes |
| Eau distillée........... | 10 c. c. |

(Injection de 1/2 c. c. à 2 c. c.)

Enfin il est une médication que l'on essaye depuis peu de temps, mais sur laquelle nous ne saurions trop insister, étant donnés les bons résultats qu'on en a déjà obtenus : c'est l'*opothérapie surrénale*. On sait que la toxine diphtérique a une affinité particulière pour les capsules surrénales et que les lésions de ces glandes sont constantes et graves chez les animaux injectés avec cette toxine. Or, la clinique montre que chez les malades atteints d'angine maligne, on retrouve l'hypotension artérielle, la tendance à la syncope, le signe de la ligne blanche, tous signes d'hypoépinéphrie. Il était donc logique d'essayer l'opothérapie surrénale : c'est ce qu'ont fait Netter, Sergent, Martin et Darré, avec un succès incontestable : on peut employer l'adrénaline seule ou l'extrait total des surrénales. Si les signes d'hypotension artérielle sont prédominants, on donne l'*adrénaline :* on désigne sous le nom de *solution mère* une solution aqueuse à 1/1000e de chlohydrate d'adrénaline ; c'est cette solution qui sert de base aux prescriptions : on donnera par jour de V à X gouttes (jusqu'à XX gouttes chez l'adulte) de cette solution, à prendre par la houche, dans un peu d'eau ou de sirop, en trois ou quatre fois ; ou bien on fera une injection de sérum artificiel dans lequel on aura fait mettre de II à X gouttes au maximum de solution mère (sérum adrénaliné). L'adrénaline a tous les avantages d'un produit défini et bien dosable ; cependant, quand les signes d'intoxication, de prostration, sont très prononcés, on peut avoir intérêt à employer l'extrait total des surrénales pour utiliser leurs propriétés antitoxiques, et on donnera, par exemple : de 0 gr. 25 à 1 gramme par jour de *poudre sèche de surrénale*.

Lorsque ces angines diphtériques entrent en convalescence, toutes les craintes ne sont pas encore dissipées, car on peut voir alors se dérouler ce que le professeur Marfan a si bien décrit sous le nom de *syndrome secondaire de la diphtérie maligne*. Les membranes sont tombées, et malgré cela l'enfant reste pâle, apathique, immobile dans son lit ; puis apparaît une paralysie du voile du palais, l'albuminurie se montre à nouveau; le tableau devient dès lors rapidement grave, les extrémités pâlissent et se refroidissent, le pouls très faible bat très rapidement avec des irrégularités, ou au contraire est très ralenti; le cœur est dilaté et le foie gros; enfin apparaissent des vomissements qui sont le signal précurseur de la mort : brusquement, à l'occasion d'un mouvement, uns syncope survient et l'enfant meurt sans un cri, sans aucun symptôme de souffrance. Ces accidents nécessitent une thérapeutique énergique, qui, malgré toute la gravité du cas, pourra cependant être parfois efficace.

De nouvelles injections de sérum s'imposent; si depuis la dernière, il y a un intervalle d'une dizaine de jours, on peut craindre l'anaphylaxie; malgré tout, la plupart des médecins

d'enfants estiment que devant la gravité des accidents il n'y a pas lieu d'hésiter. Nous avons nous-même sous les yeux sept observations où, pour un motif de ce genre, on a été obligé de refaire du sérum plus de dix jours après la dernière injection; un seul des malades a fait, cinq jours après, un érythème ortié sans fièvre, les autres, n'ont présenté aucun accident. D'autres médecins ont été moins heureux, ils n'en proclament pas moins la nécessité de recourir aux injections de sérum. On fera bien cependant d'employer certaines précautions : on pourra injecter d'emblée une grosse dose, 40 c. c. par exemple; il vaut peut-être mieux, suivant la pratique de Lesné, vacciner en quelque sorte l'enfant par une première injection sous-cutanée de 5 c. c. puis augmenter les doses les jours suivants. On fera alors de 10 à 20 c. c. chaque jour ou tous les deux jours, jusqu'à la disparition des accidents.

Il va sans dire que c'est à ce moment surtout qu'on prescrira les tonicardiaques et l'adrénaline : il faut, dans cette situation critique, faire œuvre de tout, et chaque jour, tant que persisteront les craintes, on fera 1 ou 2 injections de caféine, strychnine ou sparteine, on donnera par la bouche de V à X gouttes d'adrénaline.

## REVUE DE CHIRURGIE

**La teinture d'iode et les plaies de la main dans les accidents du travail,** par le Professeur Reclus (Hôtel-Dieu).

Les plaies de la main constituent un des chapitres les plus importants des accidents du travail. Elles ne sauraient trop préoccuper le chirurgien, et tout ce qui concerne leur traitement doit être étudié avec la plus grande attention. Or, à notre avis, l'emploi systématique de la teinture d'iode vient de révolutionner ce traitement : il nous a donné des résultats tels que nous considérons comme un devoir de les proclamer, pour qu'on ne trouve plus une salle de consultation externe, un dispensaire, un hôpital, une gare de chemin de fer où, à toute heure, on ne soit en mesure de l'appliquer rigoureusement.

Mais avant d'en donner la technique, il est nécessaire de reprendre de plus haut la question des plaies de la main : L'accident vient d'avoir lieu, et le chirurgien, immédiatement appelé, constate un écrasement des doigts ; les os ont été fracturés et les tendons rompus. Faut-il régulariser le foyer traumatique, trancher dans le vif ou s'abstenir de toute intervention ? Avant l'ère antiseptique, on n'hésitait pas : comme la suppuration et la gangrène allaient être la proie certaine des tissus broyés, il fallait lutter de vitesse et retrancher ce nid d'infection avant l'invasion de complications redoutables : phlegmons diffus, lymphangite, phlébite, érysipèle, hémorragies secondaires, infection purulente, pourriture d'hôpital et tétanos. Certes, on n'était pas sûr de réussir, mais, en opérant, on mettait du côté du blessé un plus grand nombre de chances de salut.

Avec l'antisepsie, on devint plus conservateur, et il y a une trentaine d'années, plusieurs chirurgiens, entre autres Verneuil, Trélat et Polaillon, sous le drapeau desquels nous nous rangeâmes, préconisèrent l'abstention: sous le couvert des pansements nouveaux, ne pouvait-on pas désinfecter la plaie, empêcher l'inoculation des tissus et éviter au blessé, déjà « choqué » par le traumatisme accidentel, un traumatisme opératoire qui ne peut qu'affaiblir la résistance de l'organisme ? D'autant que la nature est en général plus économe que nous dans ses moyens d'exérèse ; elle sait souvent guérir en sacrifiant moins de tissus, et c'est alors tout bénéfice. Les pansements de Lister, les enveloppements ouatés compressifs de Guérin, l'alcool, les injections froides ou chaudes, les pulvérisations, tout récemment la balnéation dans l'eau oxygénée, correspondent à cette tendance, et la plupart de nos collègues ont encore recours à cette pratique.

Nous l'avons longtemps défendue ; mais, depuis une dizaine d'années, de fréquents examens des accidentés du travail nous prouvèrent que cette conservation à outrance n'est pas sans inconvénients : d'abord nos méthodes antiseptiques ne sont pas toujours suffisantes : sur les mains rugueuses et talées de nos ouvriers, sous le cambouis et sous la crasse s'accumulent et prolifèrent tous les germes : trop souvent les inflammations s'allument et si l'infection purulente et la phlébite, si la pourriture d'hôpital ont disparu, les phlegmons des gaines sont encore trop souvent observés. Et puis, lorsqu'on a franchi heureusement tous ces obstacles, on s'aperçoit que ces doigts dont on n'a obtenu la cicatrisation qu'au bout de semaines et de mois, sont non pas utiles, mais nuisibles : leurs jointures enraidies, leurs tendons rompus les immobilisent en position vicieuse ; dans l'extension, ils accrochent les machines qui les happent à nouveau, et dans la flexion ils encombrent la paume de la main et s'opposent à la préhension normale des divers outils exigés par la profession.

Aussi suis-je arrivé depuis longtemps à cette conclusion que si chez les oisifs, plus préoccupés de la forme que de la fonction, on peut sacrifier à l'esthétique et conserver un doigt inutile, ou même encombrant, chez les ouvriers, il n'en est plus ainsi et dans les cas où une grande partie du tegument est détruite, lorsque les phalanges sont fracturées et les articulations ouvertes, lorsque les tendons sont déchirés, effilochés, lorsque, par conséquent, les doigts seront fatalement immobilisés en position vicieuse, en flexion ou en extension, par les rétractions cicatricielles, les cals vicieux, les arthrites ankylosantes, lorsque, par surcroît, des inflammations diffuses risquent de se propager dans la houillie sanglante des tissus broyés, le chirurgien sagace n'hésitera pas, il prendra ciseaux et bistouri, il nettoiera le champ traumatisé, sectionnera, rognera, égalisera ; la cicatrisation sera plus rapide, le moignon plus régulier, il s'évitera ainsi l'humiliation de finir par amputer un doigt que pendant de longues semaines il s'était ingénié à conserver.

Cependant cette régle applicable aux quatre doigts cesse d'être vraie pour le pouce, et les plus interventionnistes des chirurgiens disent que toujours — autant que le mot toujours est acceptable en clinique — toujours il faut respecter du pouce tout ce que l'on peut en conserver ; le moindre moignon en est bon, ne fût-ce que trois, deux, un centimètre érigé au-dessus du premier métacarpien. Ce promontoire, même immobile, pourra servir à la préhension s'il ne va pas vers les autres doigts, les autres doigts sauront aller vers lui, et ébaucher la pince d'écrevisse, saisir les objets menus, ce qui constitue une des fonctions les plus utiles de la main. Je n'insiste pas sur ces considérations par trop évidentes, et, dans de précédentes cliniques, j'ai publié des observations qui montrent les services que ces pouces mutilés peuvent encore rendre à leurs possesseurs.

Ce point de thérapeutique est acquis ; on respectera le moindre moignon de pouce, mais on ne craindra pas de supprimer les portions des autres doigts, perdues pour la fonction et qui, après des mois de soins inutiles, devaient être définitivement amputées. Nous avons insisté ailleurs sur cette doctrine et nous n'y reviendrons pas, car je voudrais vous parler d'un autre progrés dans le traitement des plaies de la main, progrès grâce auquel nous ne voyons plus qu'exceptionnellement les inflammations aiguës ou chroniques envahir les mains déchirées, détruire les téguments, ankyloser les jointures, immobiliser les tendons dans leurs gaines épaissies. Je veux parler de l'emploi systématique de la teinture d'iode, cet antiseptique merveilleux que Boinet proposait, il y a plus de soixante ans. Nos maîtres directs, Léon Labbé entre autres, en usèrent abondamment et proclamèrent ses succès. Mais son heure n'avait pas encore sonné ; et c'est depuis la guerre russo-japonaise qu'elle a fait son entrée triomphale dans la chirurgie d'urgence, où actuellement elle nous paraît sans rivale.

Ce mode de pansement est aussi simple qu efficace : il peut être appliqué sur tous les tissus blessés et sur tous les organes ; mais nous ne nous occuperons ici que des plaies de la main. Vous savez les difficultés presque insurmontables que nous éprouvions pour en aseptiser les téguments couverts de cambouis, de substances grasses sous lesquelles s'accumulent les germes pyogénes. Il faut, pendant des demi-heures et même des heures, les laver, les savonner, les brosser avec de l'éther, de l'alcool, de la benzine, du pétrole ; or, au cours de ces manœuvres, les germes de la peau, entraînés par le liquide dont on inonde la plaie, pénétrent dans le foyer traumatique qu'ils inoculent, gagnent de proche en proche non seulement grâce aux déchirures des téguments, mais par les gaines tendineuses, voie d'infection largement ouverte, et qui font des solutions de continuite des doigts les blessures les plus dangereuses.

Combien plus simple est l'emploi de la teinture d'iode. Dès que la plaie contuse vous est soumise, immédiatement aprés l'accident si possible, vous badigeonnerez avec un pinceau aseptique trempé dans de la teinture d'iode fraîchement préparée, les téguments qui entourent la plaie et la plaie elle-même. Ne craignez pas de passer plusieurs fois le pinceau sur les mêmes points ; ne craignez pas de le faire pénétrer dans les moindres anfractuosités du foyer traumatique ; ne craignez pas de provoquer la nécrose, la destruction des éléments anatomiques profonds, ne craignez pas de provoquer des douleurs trop aiguës. Au début de nos essais, nous n'osions jamais empiéter sur les chairs dénudées ; maintenant nous y allons sans discrétion aucune et nous ne nous émerveillons plus de voir combien les plus pusillanimes et les plus sensibles supportent facilement les applications; les uns les sentent à peine ; d'autres disent que « ça pique » ou que « ça cuit » ; mais aucun ne se refuse au traitement.

Il faut laisser sécher à l'air la teinture d'iode ; l'alcool s'évapore, laissant sur les tissus une couche brune ; on recouvre la plaie d'un chiffonné de gaze aseptique, d'une lame d'ouate hydrophile ; on maintient ce pansement simple par un tour de bande. On y regarde le lendemain et l'on badigeonne à nouveau, et dans les mêmes conditions, le champ opératoire, puis le surlendemain. Ensuite, on n'applique plus le topique que tous les deux, trois ou quatre jours, les sécrétions de la plaie étant devenues presque nulles. On pourrait penser que ces badigeonnages multipliés vont vésiquer la peau, soulever l'épiderme et mettre à nu les papilles douloureuses ; il n'en est rien. Cependant quelquefois, au bout de huit à dix jours, des masses stratifiées de cellules cornées se soulèvent et, entre elles et les papilles, stagnent des sérosités qui pourraient s'infecter. On arrachera ces « peaux mortes » pour que les téguments soient toujours en contact direct avec la teinture.

La teinture d'iode doit attaquer et peut-être même détruire les cellules jeunes qui tâchent à réparer la plaie, et, de fait, il nous semble que la cicatrisation des tissus est lente. Mais avec quelle sécurité elle s'opère ! il n'y a pas d'inflammation, pas d'œdème, et à quelques millimétres du liseré cicatriciel, les teguments

sont souples et normaux. Plus de « doigts gros », plus de « mains en battoir ». La peau environnante, altérée par la rétraction du tissu cicatriciel, glisse, se laisse étirer et recouvre enfin la perte de substance. L'excellence du topique nous paraît résider dans sa puissance de pénétration : au bout de sept minutes d'application, nous disent les expérimentateurs, il a déjà influencé les couches profondes du derme ; il tue à distance les germes qui, d'ailleurs, auraient les plus grandes difficultés à pulluler et même à vivre dans la peau déshydratée. Telle est, du moins, l'explication que nous nous donnons; nous ignorons si elle est juste, mais ce que nous savons, c'est que la plaie demeure sèche et que les phénomènes de réaction restent circonscrits.

Depuis plus d'un an nous avons systématiquement recours à la teinture d'iode pour toutes les plaies opératoires ou accidentelles de toutes les régions, pour toutes les pertes de substance enflammée, pour les ulcères et même pour les brûlures, nos observations d'écrasements des doigts chez les accidentés du travail ont été nombreuses, et je désire en résumer quelques-unes devant vous pour vous prouver l'excellence du traitement. Le 11 décembre, un estampeur de 69 ans a la main droite contusionnée par la chute d'un marteau ; la phalangette du médius et cela de l'index sont écrasées et deux coupures profondes se voient sur la face palmaire et la face dorsale. Application de teinture d'iode sur la main tout entière y compris, bien entendu, les foyers traumatisés des doigts dont la houille sanglante est imbibée par la substance antiseptique ; le badigeonnage est répété d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, puis tous les cinq jours. Il n'y a pas de suppuration. En moins d'un mois les plaies de la main et de l'index sont cicatrisées.

Celle du médius ne l'est pas : elle ne le fut qu'en mars, juste au bout de trois mois révolus. Et ceci par notre faute : nous ne voulûmes pas régulariser la plaie, enlever les esquilles, dont la plupart s'éliminèrent spontanément ; cependant il en restait une, plus volumineuse, qui restait au milieu des tissus racornis sans provoquer de réaction ; nous la sculptons pour ainsi dire, et, par un point de suture, nous réunissons les lèvres de la plaie. La réunion se fait et le 10 mars, juste au bout de trois mois, le blessé, qui n'avait pas voulu être hospitalisé, ne revenait plus à la visite. Trois mois de traitement, c'est quelque chose, mais cette observation n'en reste pas moins démonstrative : d'abord parce qu'une régularisation du médius aurait pu abréger le traitement de deux mois. Et puis, et surtout, nous n'avons eu à aucun moment menaces d'inflammation, pas de lymphangite, pas de phlegmon des gaines, pas d'arthrite, pas même d'œdème et déjà, dès les premiers jours, bien avant la cicatrisation, le blessé assouplissait sa main par des exercices réguliers et la mobilisation de ses jointures.

La cicatrisation fut lente aussi chez un menuisier, dont la main droite avait été prise par une raboteuse mécanique ; elle avait fait, à le paume de la main, une longue coupure, et sur le dos une déchirure circulaire large de plus de deux centimètres qui circonscrivait un lambeau cutané contus et décollé, mais tenant encore aux tissus profonds par quelques tractus fibreux ; lorsqu'on en soulevait les bords on voyait, au-dessous, les tendons intacts. Dès l'arrivée du blessé, badigeonnage à la teinture d'iode, qui provoque à peine une légère cuisson. Il n'y a pas de suppuration, pas de suintement séro-sanguinolent ; peu à peu, la peau séparée de ses centres nourriciers se sphacèle ; elle tombe et laisse une surface cruentée de huit centimètres de hauteur et de cinq de large, qui se recouvre de hourgeons charnus et cicatrise peu à peu. Mais ici, comme dans l'observation précédente, il n'y a ni œdème de voisinage, ni pus.

Un mois s'est passé et ici s'intercale un épisode d'importance ; notre menuisier était un accidenté du travail qui, pour le paiement de son demi-salaire, se rendit auprès du médecin de la Compagnie. Celui-ci critiqua fort les applications de teinture d'iode et dirigea le blessé vers son dispensaire où il substitua, à notre topique, la balnéation oxygénée chaude : le résultat ne se fit pas attendre: les bourgeons charnus s'affaissèrent, devinrent blafards et suppurants, les bords de l'ulcération se tuméfièrent, l'œdème inflammatoire gagna la partie voisine, infiltra jusqu'au-dessus du poignet le tissu cellulaire ; la cicatrisation s'arrêta. Et lorsque, au bout de vingt jours, notre accidenté nous revint, la situation paraissait compromise. Heureusement que, dès le premier badigeonnage toute trace de phlogose disparut et au bout d'un mois, trois mois en tout, la cicatrisation était complète. La main souple pouvait reprendre le travail.

Je ne vous résumerai pas les vingt autres observations que nous avons recueillies. Mais je puis vous dire, en bloc, que chez aucune d'elles nous n'avons constaté l'apparition de ces inflammations de voisinage qui, lorsqu'elles gagnent les gaines tendineuses, provoquent ces phlegmons diffus dont le développement est si dangereux pour les fonctions de la main. Or ils sont loin d'être rares, même depuis l'antisepsie, même depuis l'emploi de l'eau oxygénée. Chez aucun de nos blessés nous n'avons vu une suppuration durable s'établir ; les lésions sont restées bornées au foyer traumatique et les œdèmes chroniques, les enraidissements des jointures, les adhérences des gaines tendineuses ont toujours été évités. Les résultats que nous avons obtenus, sont donc infiniment supérieure à ceux que nous avions enregistrés jusqu'alors. Jamais nous n'avions vu ni chez nous, ni dans aucun autre service, une série aussi heureuse.

Les guérisons sont lentes; mais le sont-elles moins qu'avec les autres traitements ? La teinture d'iode est loin d'activer les phénomènes réparateurs ; elle doit plutôt retarder la prolifération des éléments anatomiques et peut-être même attaquer le protoplasme de nombre d'entre eux. Mais elle protège les tissus contre la pullulation et la migration des germes et de ce fait seul, le blessé gagne bien plus qu'il ne perd par ailleurs. Quelle différence entre ces doigts secs, sans œdème, souples, indolores et que l'on fléchit, étend et ment sans souffrance après l'emploi de la teinture d'iode, et ces mêmes doigts infiltrés, gros, informes, rigides, qu'on ne peut mobiliser sans arracher des cris au blessé, lorsqu'on a eu recours aux meilleurs pansements humides. Dans le premier cas, cicatrisation égale, reprise du travail pour peu que l'ouvrier s'y prête ; dans le second, lorsque la plaie est fermée, il reste encore le plus dur de la besogne, masser et électriser de longs mois pour rétablir la fonction.

Mais l'excellence de ce pansement ne nous dispense pas d'obéir aux règles que nous établissions au commencement de cet entretien la nécessité de la régularisation de la plaie et dans les observations que nous venons de recueillir, plusieurs nous auraient donné des succès plus rapides si on avait su faire, en temps opportun, le sacrifice nécessaire. Dans le premier cas que je vous ai résumé, il aurait fallu trancher, le premier jour, la phalangette écrasée et nous n'aurions pas eu à attendre la lente expulsion des séquestres qui a retardé la cicatrisation de deux mois. Il fallait encore la sacrifier, cette phalangette, dans un autre cas où l'os avait été tranché avec les deux tiers des parties molles : notre interne sutura les tissus et la cicatrisation a été obtenue sans suppuration; mais quel bénéfice nous donne ce succès : un bout de doigt sans résistance, insensible et par conséquent plus nuisible qu'utile.

Tandis que dans une autre observation où l'annulaire, le petit doigt et la tête des deux métacarpiens avaient été écrasés, rappelez-vous comme nous avons été récompensé de l'ablation de ces deux doigts et des têtes métacarpiennes. Immédiatement après cette exérèse nous avons badigeonné la plaie de teinture d'iode. Il n'y a pas eu de suppuration ; la peau n'avait plus à recouvrir des os enflammés, des esquilles dépériostées, et la guérison a été très rapide. Certes, le quatrième et le cinquième doigt manquent, mais les deux autres forment avec le pouce une pince solide et agile et la fonction est presque entièrement sauvegardée. N'oubliez pas que le doigt est un instrument de précision, fragile et d'une réparation délicate : aussi lorsqu'on ne peut lui rendre sa souplesse et sa force, le mieux est de le sacrifier.

J'en ai fini et j'espère vous avoir convaincus de deux choses : la première, c'est que la conservation à outrance, telle qu'avec nos maîtres nous la préconisions autrefois, nous semble dangereuse lorsqu'il s'agit de la main et des doigts ; ces derniers doivent être sacrifiés comme inutiles et même nuisibles lorsqu'on n'est pas sûr de conserver intacts le jeu de leurs tendons et la souplesse de leurs jointures ; la deuxième c'est que le pansement à la teinture d'iode est celui qui nous met le plus à l'abri de ces œdèmes inflammatoires, de ces arthrites de voisinage et de ces phlegmons diffus qui compromettent pour tant de mois, et souvent définitivement, les fonctions de la main. Cela, il faut le crier partout et nous verrons, de ce fait, diminer dans des proportions notables, la gravité des plaies de la main chez les accidentés du travail. Or, vous en savez l'importance et la fréquence !

## REVUE CLINIQUE

**Les pleurésies syphilitiques**, par le professeur H. Roger *(Presse Méd.)*.

Doit-on admettre l'existence de pleurésies syphilitiques ? Peut-on observer des épanchements pleuraux, d'apparence primitifs, se développant en dehors de toute manifestation pulmonaire ou avec des manifestations pulmonaires peu marquées, se comportant, en un mot, comme bon nombre de pleurésies tuberculeuses ?

C'est ce qu'on tend à admettre quand la pleurésie survient à la période secondaire. C'est ce qu'on s'accorde généralement à nier quand elle apparaît plus tardivement. Et cependant les manifestations viscérales sont beaucoup plus fréquentes et plus nombreuses au cours du tertiarisme.

Il faut reconnaître que la pleurésie tertiaire se montrant à l'état de manifestation isolée est rare, ou du moins, a été rarement décrite. Quand un épanchement survient chez un ancien syphilitique, on trouve généralement des lésions pulmonaires profondes et étendues qui dominent la scène morbide. L'épanchement pleural n'est qu'une manifestation surajoutée dont l'importance est relativement peu considérable.

Dans bien des cas de pleuro-pneumopathie syphilitique les troubles pulmonaires sont tellement marqués que le diagnostic de tuberculose semble s'imposer. Parfois l'erreur n'a été rectifiée qu'à l'autopsie. C'est ce qui eut lieu dans un fait très intéressant observé par M. Balzer :

Un malade entre à l'hôpital, dyspnéique et amaigri ; on diagnostique une pneumonie caséeuse. A la fin de la vie, se développe un épanchement pleural qu'on rattache également à la tuberculose. L'autopsie devait renverser le diagnostic clinique. Il n'y avait pas de tubercules, pas de bacilles de Koch. Le poumon était farci de gommes dont l'une venait affleurer la plèvre. Cette séreuse, épaissie, renfermait deux litres de liquide.

Pour intéressante qu'elle soit, cette observation ne démontre pas l'existence d'une pleurésie syphilitique primitive, c'est-à-dire évoluent comme une pleurésie banale. Mais il était bon de la rappeler : elle établit, en effet, qu'une gomme sous-pleurale est capable de susciter le développement d'un épanchement considérable. On conçoit facilement que, si elle eût été unique, cette gomme aurait provoqué une pleurésie d'apparence primitive.

Le fait rapporté par M. Dieulafoy (1) se rapproche davantage du type dont nous poursuivons l'étude. Mais les manifestations pulmonaires étaient encore tellement marquées, la dyspnée était si vive qu'on avait admis tout d'abord l'existence d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. M. Dieulafoy réforma le diagnostic : il reconnut la présence d'un épanchement pleural et, par une ponction, retira 650 centimètres cubes d'un liquide légèrement rosé. L'opération n'amena aucun soulagement; la dyspnée persistait, nullement améliorée. C'est alors qu'en fouillant dans le passé du malade, on retrouve la syphilis ; on prescrit le traitement spécifique et, très rapidement, tout rentre dans l'ordre.

J'ai eu l'occasion d'observer, avec M. Sabaréanu (1), deux malades dont l'histoire clinique m'a paru assez curieuse pour être relatée avec quelques détails.

L'un d'eux est un homme de 32 ans,ayant contracté la syphilis à l'âge de 15 ans. Il s'est toujours bien porté, n'a jamais eu aucune manifestation qu'on puisse rattacher de près ou de loin à la tuberculose. Il entre dans mon service le 19 octobre 1909 pour une pleurésie qui a débuté assez brusquement, quelques jours auparavant. On le soumet au traitement mercuriel et, 22 jours plus tard, il ne reste plus trace de liquide ; l'auscultation la plus attentive ne révèle aucune lésion pulmonaire.

Le deuxième cas est plus intéressant.

Une femme de 38 ans a eu la syphilis à l'âge de 21 ans. Depuis 8 ans, elle est atteinte de diverses manifestations tertiaires qui rétrocèdent par le traitement spécifique pour reprendre quand on en cesse l'usage. La malade entre dans mon service pour une pleurésie ayant débuté brusquement, trois jours auparavant. On trouve un abondant épanchement pleural du côté gauche. Le 25 septembre, on retire 750 centimètres cubes de liquide. L'épanchement ne tarde pas à se reproduire et, le 4 octobre, on est forcé de faire une nouvelle ponction qui donne issue à 1.200 centimètres cubes de liquide. L'épanchement se reproduit de nouveau et, le 10 octobre, il est fort abondant. On commence alors le traitement spécifique : on injecte par jour 0 gr. 01 de biiodure d'hydrargyre et, aussitôt, les manifestations rétrocèdent. Le 31 octobre, quand la malade quitte le service, il n'y a plus trace de lésions pulmonaires ou pleurales.

Dans ces deux observations, la pleurésie a évolué suivant le tableau classique et banal de la pleurésie ordinaire. La nature syphilitique semble démontrée par l'heureux effet du traitement. Elle semble établie encore par la réaction de Wassermann, qui a été positive aussi bien avec l'épanchement pleural qu'avec le sang. Enfin, la tuberculose a été éliminée pour les trois raisons suivantes : les expectorations ne renfermaient pas de bacilles tuberculeux ; elles ne contenaient pas d'albumine ; le liquide pleural de la femme syphilitique, inoculé à deux cobayes, n'a produit aucun trouble ; un des animaux, sacrifié au bout de trois mois et demi, était indemne de tuberculose ; l'autre est encore vivant 9 mois après l'inoculation et semble en parfait état.

Ces diverses constatations suffisent-elles à entraîner la conviction ? M. Sergent ne le pense pas. Il a bien voulu faire à nos observations quelques objections extrêmement importantes (1) qui méritent de fixer l'attention.

Rien ne prouve, nous dit-il, que ces prétendues pleurésies syphilitiques tertiaires ne soient pas des pleurésies tuberculeuses survenant chez des syphilitiques. La cytologie ne peut trancher le débat, ce qui est exact, puisque, dans les deux cas, on trouve de la lymphocytose. Si le traitement spécifique est efficace, c'est, objecte-t-on, qu'il influence très heureusement les localisations tuberculeuses greffées sur le terrain syphilitique. Enfin, la réaction de Wassermann indique que le malade est syphilitique et rien de plus. Cette dernière conclusion me paraît d'autant plus justifiée que la sérosité des vésicatoires jouit de la même propriété ; c'est du moins ce qui ressort des expériences que j'ai faites avec M. Sabaréanu.

Faut-il conclure que, dans les deux observations que j'ai recueillies, il s'agissait simplement de pleurésies tuberculeuses développées chez des syphilitiques ? Cette interprétation est soutenable, mais elle n'est pas démontrée et ne me semble guère vraisemblable. Si l'on ne peut affirmer la nature syphilitique des épanchements, on peut encore moins affirmer l'infection tuberculeuse des malades. Rien ne prouve, rien ne permet de soupçonner que ces sujets étaient tuberculeux, et les constatations négatives que nous avons faites tendent à établir qu'ils ne l'étaient pas. Absence de bacilles acido-résistants dans les crachats, absence d'albumine, innocuité du liquide pleural : voilà trois résultats importants ; leur valeur n'est pas absolue, j'en conviens, mais elle n'est pas non plus absolument nulle.

De ces trois constatations négatives il en est une dont la valeur clinique me paraît considérable. Il semble démontré actuellement (1) que les crachats des tuberculeux contiennent toujours de l'albumine ; cette assertion s'appuie sur un millier de faits. Mais, dira-t-on, il est possible que le poumon soit resté indemne et que le processus se soit localisé sur la plèvre. Une telle hypothèse ne semble guère probable. J'ai examiné les expectorations de quatre malades atteints de pleurésie tuberculeuse, sans manifestations pulmonaires minimes ; dans les quatre cas, l'albumino-réaction fut positive. Evidemment ce nombre d'observations est trop restreint pour asseoir un jugement définitif. Mais, quoique peu nombreux, ces faits valent mieux qu'une pure hypothèse.

De la discussion que je viens de présenter je conclurai que, si la pleurésie syphilitique tertiaire ne peut être admise sans réserves, son existence paraît assez probable, d'autant plus probable qu'à mes deux observations personnelles je puis en ajouter deux autres.

L'une, déjà ancienne, a été rapportée par M. Gaucher (2). Une femme de 31 ans, soignée en juillet 1890 pour des céphalées syphilitiques, est prise, dans les premiers jours de l'année 1892, d'un point de côté, de dyspnée et de fièvre. Elle entre à l'Hôtel-Dieu annexe ; on diagnostique une pleurésie qu'on rattache à la tuberculose et, à quelques jours de distance, on est forcé de pratiquer deux ponctions évacuatrices. M. Gaucher qui prend, le 15 janvier 1892, la direction du service, reconnaît cette malade qu'il avait traitée deux ans auparavant quand elle souffrait de céphalées nocturnes ; il constate que l'épanchement s'est reproduit et que le sommet gauche est induré. Néanmoins, malgré cette localisation pulmonaire, il prescrit l'iodure de potassium et peu à peu l'épanchement se résorbe, les lésions du sommet rétrocèdent et finissent par disparaître.

Dans un travail récent, MM. Roque et Garin, rapportent une nouvelle observation fort bien étudiée et fort intéressante.

Un homme de 46 ans, qui avait eu la syphilis à l'âge de 22 ans, est pris, le 11 février 1910, d'un violent point de côté ; il entre à l'hôpital huit jours plus tard, se plaignant d'une gêne respiratoire et d'une céphalée à exacerbations nocturnes. La dyspnée est assez vive ; la température oscille autour de 39 degrés.

L'examen du thorax révèle l'existence d'un double épanchement pleural, surtout abondant à gauche. On retire de la plèvre gauche 1 litre et demi d'un liquide citrin légèrement louche.

Ce liquide contient 60 p. 100 de lymphocytes, 20 p. 100 de grands mononucléaires, 15 p. 100 de globules rouges et quelques rares polynucléaires. La séro-réaction de Wassermann, pratiquée avec le liquide de l'épanchement, est positive, tandis que la séro-réaction tuberculeuse est négative; l'inoculation à deux cobayes a été également négative; les cultures sur gélose et en bouillon sont restées stériles. Le séro-diagnostic tuberculeux a été négatif avec le sang tandis que la séro-réaction de Wassermann était positive. Enfin l'examen bactériologique des crachats démontrait l'absence de pneumocoques et de bacilles de Koch.

Devant ces résultats, MM. Roque et Garin ont institué le traitement spécifique. Dès le sixième jour, l'épanchement du côté droit avait disparu ; la pleurésie gauche se résorba également fort vite et, au bout de vingt et un jours, le malade était complètement guéri.

Il me semble qu'il est absolument impossible, dans ce cas, d'admettre l'influence de la tuberculose. La séro-réaction tuberculeuse a été pratiquée avec le sang et avec le liquide pleural, et la double constatation négative semble de nature à éliminer complètement l'influence du bacille de Koch. Je considère donc cette observation comme extrêmement importante. Elle apporte un appoint considérable en faveur de la pleurésie syphilitique tertiaire.

Sans doute les quelques faits que je viens de relater ne suffisent pas à résoudre le problème qui se pose. Mais c'est déjà beaucoup de pouvoir poser un problème.

Grâce aux méthodes de diagnostic que nous possédons actuellement, la question sera bientôt tranchée. Si vraiment, comme je le crois, la pleurésie syphilitique tertiaire mérite d'occuper une place dans le cadre nosologique, j'espère que son existence ne tardera pas à être affirmée par de nouvelles observations.

(1) Dieulafoy, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1897-1898, p. 390.

(1) Roger et Sabaréanu. Sur la déviation du complément par les sérosités des syphilitiques. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 21 janvier 1910.

(1) Sergent, Les épanchements pleuraux dans la syphilis tertiaire. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 février 1910, p. p. 47-51.

(1) Roger et Levy Valensi, Analyse chimique des expectorations, application au diagnostic, *Soc. méd. des Hôpitaux*, 23 juillet 1909. — Albumino-réaction des expectorations, *La Presse Médicale*, 20 août 1910.

(2) Gaucher, Observations rares de syphilis tertiaire frustes. *Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Vienne 1892.

## REVUE DU LABORATOIRE

**Hémo-diagnostic du cancer**, par le Dr Weinberg, Institut Pasteur *(Conférence du Cancer)*.

Les éléments figurés du sang ne présentent pas de modifications spécifiques dans le cancer. La diminution de la résistance des globules rouges à l'action des sérums normaux, signalée dans quelques cas avancés de cancer, est encore plus fréquente dans la tuberculose. La leucocytose peut manquer.

Il est impossible d'indiquer une méthode qui permette de déceler la présence d'anticorps spécifiques dans le sérum d'un porteur de tumeurs malignes.

L'index isolytique a une importance réelle, surtout lorsqu'il est élevé et que le sérum d'un malade suspect de cancer dissocie la plupart des échantillons de globules rouges éprouvés.

L'index antitryptique peut fournir aussi une

indicatiun précieuse, car la quantité de substances antitryptiques est nettement augmentée dans le sérum de deux tiers des cas de cancer étudiés.

L'abaissement de la tension superficielle du sérum cancéreux ayant été mis au contact d'un antigène pendant une heure à 52°, est un phénomène réel. Il pourra être d'une grande utilité pour le clinicien, s'il était démontré que ce phénomène n'existe qu'exceptionnellement pour les sérums non cancéreux.

**Culture du bacille tuberculeux sur la glucosamine et la sarcosine associées**, par Albert Frouin.

J'ai constitué un milieu de culture qui convient parfaitement au développement du bacille tuberculeux.

Ce milieu a la composition suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Eau | 1000 gr. | » |
| Chlorure de sodium | 6 — | » |
| Chlorure de potassium | 0 — | 3 |
| Phosphate bisodique | 0 — | 5 |
| Sulfate de magnésie | 0 — | 3 |
| Chlorure de calcium | 0 — | 15 |
| Glycérine | 40 — | » |
| Glucosamine | 2 — | » |
| Sarcosine | 2 — | » |

Cette solution est neutralisée, stérilisée, filtrée, répartie dans des ballons de culture et stérilisée à nouveau.

Si l'on ensemence ce liquide avec une culture de bacille tuberculeux, adaptée par de nombreux passages sur bouillon de viande peptoné et glycériné, on observe pendant les deux premières semaines un retard dans le développement du microbe. Au bout de ce temps, la culture se développe, et après quatre semaines ou a, ainsi que vous pouvez le constater dans les ballons que je vous présente, une culture abondante avec un voile épais.

Dans une prochaine communication, j'étudierai la production de la tuberculine ainsi que la virulence du microbe développé sur ce milieu.

(*Soc. de Biol.*).

# REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Essais cliniques de Physicothérapie**, par le Dr Rivière (Bouchy, 11, rue Hellène. Paris).

Au moment où la thérapeutique subit une véritable rénovation et où à la place de la polypharmacopée ancienne et artificielle se substitue une méthode de traitement plus scientifique et plus vivante, un volume sur une branche importante de l'art de guérir *Essais-cliniques de Physicothérapie*, vient de paraître.

Ce volume est si né par le Dr Rivière, le savant clinicien physicothérapeute, qui s'est fait depuis de longues années le grand champion des médicaments physico naturels.

Guérir les troubles organiques ou fonctionnels, aider la thérapeutique médicamenteuse en renforçant et en complétant son action, telles sont les idées que le Dr Rivière développe dans son livre.

L'électricité sous toutes les formes, la lumière, l'air, l'eau, la mécanothérapie, la gymnastique, le traitement des diverses maladies de la nutrition (anémie, obésité, arthritisme, etc.), tous ces chapitres sont traités d'une façon magistrale dans ce livre éminemment pratique et utile.

Nous ne pouvons qu'esquisser pour le moment les grands traits de ce travail, mais tout praticien soucieux d'acquérir des notions nouvelles et précises en physicothérapie, doit le lire d'un bout à l'autre. Nous nous réservons d'ailleurs d'y revenir.

On trouvera parsemé dans ce traité différentes notions de pathologie générale d'après la conception très judicieuse du Dr Rivière, notions qui le guideront à faire une bonne thérapeutique causale.

Le Dr Rivière considère la maladie comme une altération de la fonction nerveuse et préconise par conséquent une thérapeutique en rapport avec cette pathogénie. C'est en influançant principalement le système nerveux, ce grand recteur de l'Economie, que la physicothérapie doit agir.

Il nous enseigne encore qu'il ne faut pas regarder la maladie d'un organe d'une façon purement locale, mais l'envisager, la plupart du temps, comme déterminée par un état général malade.

Il faut donc traiter les deux états avec les nombreux moyens que la thérapeutique physique met à notre disposition, et en faisant cela nous obtiendrons toujours de bons résultats.

Pour finir ce court résumé, nous dirons que le champ d'activité de la Physicothérapie est très vaste, parce qu'elle met à sa disposition tout ce que la nature contient en sources inépuisables de santé, de force et de beauté et que le médecin qui réserve dans son arsenal thérapeutique une large part à la physicothérapie ne fait qu'obéir à cet aphorisme toujours et de plus en plus vrai : *Natura curat, medicus sanat.*

Dr Solo-Lebovici.

# CARNET DU PRATICIEN

### Lavements alimentaires

1° Solution physiologique de NaCl à 7 pour 1000 ;

2° Solution de glucose à 10 pour 100 ;

3° Solution alcoolique (vin étendu ou cognac de 5 à 10 pour 100) ;

4° Solution alcoolo-hydrocarbonée ;

| | | |
|---|---|---|
| Ex. | Cognac vieux | Une cuiller à café |
| | Glucose | 20 grammes |
| | Eau distillée | 200 cent. cubes |
| ou | | |
| | Glucose | 20 grammes |
| | Vin rouge | 80 cent. cubes |
| | Eau distillée | 200 cent. cubes |

5° Solutions complexes, albumino-graisso-hydrocarbonées.

| | | |
|---|---|---|
| *a*) | Lait | 250 grammes |
| | Jaunes d'œuf | n° 2 |
| | Farine (délayée) | 20 grammes |
| | Vin rouge | 15 — |
| | Sel de cuisine | 3 — |
| | Laudanum de Sydenham | IV gouttes |

F. s. a.

On peut évaluer à environ 330 calories la valeur nutritive de ce lavement. Mais quelle proportion en est absorbée ?

| | | |
|---|---|---|
| *b*) | Peptone | 5 grammes |
| | Jaunes d'œuf | n° 2 |
| | Farine délayée | 15 grammes |
| | Vin | 60 — |

Solution bouillie, puis refroidie, de dextrine à 20 0/0.

Q. s. pour 300 centimètres cubes.

F. s. a. (Formule inspirée d'Ewald)

| | | |
|---|---|---|
| *c*) | Laudanum de Sydenham | III gouttes |
| | Pepsine | 0 gr. 50 |
| | Sel marin | 1 gramme |
| | Jaunes d'œuf | n° 2 |
| | Solution de peptone | 2 cuillers à soupe |
| | Solut. de glucose 10 0/0 | 100 grammes |

(d'après Robin.)

| | | |
|---|---|---|
| d) | Laudanum | III gouttes |
| | Bicarbonate de soude | 0 gr. 3 |
| | Solution saturée de peptone de viande | 60 gr. (3 cuillers à soupe) |
| | Eau | 250 grammes |

F. s. a.

Le lavement carné pancréatique de Leube se prépare comme suit :

Hacher ou mieux pulper 150 à 300 grammes de viande de bœuf bien dégraissée — ajouter 50 à 100 grammes de pancréas de bœuf ou de porc haché menu — transformer le mélange en purée épaisse par addition d'un verre à Bordeaux d'eau tiède — ajouter une pointe de couteau de sel de cuisine — et, suivant indications, un ou deux jaunes d'œuf.

Ce lavement très épais donne parfois de très bons résultats. Il a paru utile d'y ajouter une pointe de couteau de bicarbonate de soude et IV gouttes de laudanum. Malheureusement à la longue il se montre très irritant. (Le Gendre et Martinet.)

**Métrite chez les arthritiques dite métrite d'origine arthritique** (1).

Compléter le traitement local par le traitement général suivant :

1° Bains alcalins de 15 minutes de durée, à 37°, deux fois par semaine ;

2° Boire dans les 24 heures une bouteille d'eau de Vichy (Célestins) ;

3° Prendre les deux ou trois premiers jours des règles, au moment des deux principaux repas, une cuillerée à soupe dans un peu d'eau de Vichy (Célestins) de :

| | |
|---|---|
| Salicylate de soude | 10 grammes |
| Rhum vieux | 40 — |
| Sirop simple | 100 — |

4° Entre les époques des règles prendre pendant huit jours consécutifs, entre les heures des repas, dans un peu d'eau, trois cuillerées à café de :

Urodonal, 1 flacon.

Dr Marcel Sénéchal.
Chirurgien assistant de la Maison Départementale de la Seine.

(1) Consultations et Formulaire de Thérapeutique gynécologique. Editeur De Charmoy, 9, rue d'Assas, Paris.

**Traitement local de la prostatite chronique**

En dehors de la régularisation des garde-robes et du traitement local de l'urétrite chronique, on utilisera les grands lavages intestinaux avec de l'eau très chaude.

On applique aussi l'iode directement en suppositoires ou dans la glycérine :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium | 2 grammes |
| Iode pur | 0 gr. 50 |
| Extrait de belladone | 0 gr 15 |

Mélangez exactement avec beurre de cacao pour faire 10 suppositoires. En introduire un, matin et soir.

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium | 3 à 10 gr. |
| Bromure de potassium | 3 à 10 — |
| Extrait de belladone | 0 gr. 15 |
| Eau distillée | 200 à 300 gr. |

Pour 10 lavements. Deux chaque jour.

| | |
|---|---|
| Ichtyol | 1 à 2 gr. |
| Extrait de belladone | 0 gr. 15 |
| Beurre de cacao pur | 10 suppositoires |

Le premier suppositoire provoque, en général, un peu de ténesme. Mais d'ordinaire, le malade arrive rapidement à le surmonter et d'ailleurs il disparait vite.

Il faut avoir grand soin d'empêcher les pollutions ; un régime fortifiant, mais non excitant, est indiqué. Massage de la prostate, ergotine à l'intérieur, traitement local de l'urétrite chronique avec des astringents, etc.

Dr Finger.

# Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En romain. — Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enterites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 48.000 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

# CAISSE DES REDEVANCES

## (L'Industrie du Pétrole)

Nos lecteurs nons ont souvent demandé d'insérer de temps en temps dans cette publication quelques études économiques et financières dont ils pourraient faire leur profit. Nous commencerons aujourd'hui par cet article consacré à l'industrie du pétrole et à la Caisse des Redevances, autour de laquelle il vient d'être fait quelque bruit.

L'industrie du pétrole s'est considérablement développée dans ces dernières années. Autrefois limitée à l'éclairage, la consommation du produit a centuplé par suite des demandes d'industries nouvelles. Et cette consommation doit encore s'accroitre, car toutes les marines de guerre et marchandes du monde suivront tôt ou tard l'exemple de l'Angleterre, qui a décidé de chauffer une partie importante de sa flotte au moyen de ce combustible. Il faut prévoir aussi que le chauffage au pétrole des locomotives se généralisera de plus en plus.

Parmi les districts pétrolifères appelés à tenir en Europe un des premiers rangs comme producteurs, il faut citer celui de Tustanowice (Autriche). La production totale de l'Autriche Hongrie, qui était en 1902 de 576.000 t., atteignait, en 1909, 2 053.150 t.; et dans ce total le seul district de Tustanowice venait pour 1 692.220 t., c'est-à dire pour 80 0 0.

La consommation locale du liquide a triplé dans le même temps, et le pays qui importait, en 1902, 23.000 tonnes, commence à exporter.

Les propriétaires fermiers de cette région, ne pouvant affronter les dépenses de mise en œuvre d'une industrie productrice de pétrole, concèdent l'exploitation de leurs terrains à des sociétés puissantes qui s'engagent par acte notarié et enregistré, à leur payer une redevance atteignant parfois 30 0/0 de la production brute future. C'est cette redevance qu'on appelle le pour cent brut.

Le propriétaire du « pour cent brut » a droit, par privilège, à son pourcentage dans la production totale. Ses droits sont inscrits officiellement au bureau cadastral des Mines. Il a donc pour garantir ses « pour cent bruts » une première hypothèque sur la mine et sur les installations de l'exploitant.

La situation toute particulièrement privilégiée du pour cent brut a permis de le définir ainsi : C'est une valeur nationale reconnue par le gouvernement autrichien, régie par la loi minière autrichienne et traitée par toutes les grandes banques de l'Empire.

Les propriétaires peuvent céder tout ou partie de leurs droits à des tiers. Cette cession s'opère par acte notarié, inscrit au registre des propriétés en Galicie et notifié aux Sociétés exploitantes. Celles-ci doivent alors remettre la portion cédée des pour cent bruts au cessionnaire qui se trouve substitué dans tous les droits du cédant.

A l'origine des exploitations, les propriétaires fonciers préfèrent pour la plupart vendre une partie de leurs droits au « pour cent brut », afin de réaliser immédiatement un bénéfice.

C'est de ce fait que naquit la Caisse des Redevances qui possède actuellement des pour cent bruts (43 0/0) sur les premières mines du district, exploitées par de puissantes sociétés (Popiel, de Roshschild, prince Tour et Taxis, Frankel, Fanto, etc.).

Ces diverses concessions ont en exploitation 23 puits, sur lesquels déjà les « pour cent bruts », revenant à la Caisse des Redevances, donnent une production moyenne de plus de 1.000.000 de kilos par mois; 47 puits sont en construction ou à construire qui augmenteront proportionnellement la production revenant à la Société.

Il y a lieu de remarquer la prudence avec laquelle la Société répartit ses capitaux.

En effet, afin de maintenir constant son rendement, les acquisitions ne sont pas faites pour la totalité des droits d'un propriétaire, mais bien seulement pour une partie de ces droits. De sorte que si une mine accuse temporairement un rendement moindre ce qui se produit parfois par suite du nettoyage des tuyaux de pompage, la diminution de rendement se trouve compensée par les autres mines.

Nous avons dit que la Caisse des Redevances ne court aucun risque industriel. Cette situation privilégiée lui permet de payer un coupon mensuel à ses actionnaires. Ces derniers ont donc, pour chaque exercice social, treize coupons à toucher, dont douze en acompte sur le dividende, et un, en fin d'exercice, pour solde de dividende.

C'est ainsi que le 15 mai 1909, date où a lieu la 1re répartition mensuelle, l'acompte de dividende était de 0 fr. 45; il a atteint 1 fr 40 le 15 octobre dernier. C'est-à-dire que dans cette période de dix-huit mois, il a plus que triplé. L'acompte du 15 novembre courant sera de 1 fr. 40 également.

Cette progression réalisée depuis dix-huit mois dans les résultats est sans exemple; car, indépendamment des sommes réparties en dividendes, la Société, sagement gérée, met à la réserve chaque mois plus du double des sommes distribuées, et les remploie en achats de « pour cent bruts ».

L'acompte de dividende actuel (1 fr. 40) représenterait déjà 16,80 0/0 de la valeur nominale de l'action pour douze mois, si le dividende n'était pas destiné à s'accroitre. Au cours actuel du titre, à la Bourse de Paris, 290 francs, ce dividende représente un placement à 6 0/0 environ.

Mais les dividendes mensuels doivent augmenter par suite : 1° De la libération entière du capital sur l'exercice 1910; 2° Du remploi en pour cent bruts des réserves; 3° De la hausse des cours du pétrole, dont la moyenne a été 1 fr. 36 pour 1909; 4° De l'augmentation de la production qui ne porte actuellement que sur 23 puits et devra porter sur 70.

Il est certain que lorsque des dividendes de 20 francs — chiffre qui est attendu à une époque peu éloignée — de 30 et 35 francs — chiffres qui sont à prévoir dans les conditions ci-dessus énoncées — seront obtenus, le cours de l'action se ressentira proportionnellement de l'augmentation du revenu.

L'achat de ce titre s'impose donc à tout capitaliste soucieux à la fois d'un placement de tout repos et d'une spéculation prudente et pleine d'avenir.

Mais que ce capitaliste prenne bien garde de ne pas confondre la Caisse des Redevances avec tout autre titre présentant une analogie de dénomination et n'offrant pas les résultats déjà acquis par cette entreprise. Un dernier mot : le monde des affaires suit avec une attention passionnée la lutte entreprise entre la Standard Oil Co et la Shell Transport, qui a eu pour effet d'amener un certain trouble sur le marché du pétrole dans le monde, mais qui a créé une situation privilégiée à celui de l'Autriche-Hongrie, où le gouvernement a victorieusement répondu aux tentatives d'ingérence de la Standard Oil, en mettant à la disposition de son industrie nationale pétrolière de puissants moyens de défense. La Caisse des Redevances ne peut donc que poursuivre sa marche en avant, car elle est à l'abri de tous abus économique, industriel ou politique.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Comment on faisait la publicité en 1631** (Extrait de la *Gazette de France*).

« De Saint-Germain-en-Laye, le 2 juillet 1631. — La sécheresse de la saison a fort augmenté la vertu des eaux minérales, entre lesquelles celles de Forges sont ici généralement en usage. Il y a trente ans que M. Martin, grand médecin, leur donna la vogue; le bruit du vulgaire les approuva. Aujourd'hui M. Bonnard, premier médecin du roy, les a mises au plus haut point de la réputation, que sa grande fidélité, capacité et expérience peut donner à ce qui le mérite vers Sa Majesté, qui en boit ici par précaution, et, presque toute la cour, à son exemple. »

Cette publicité était fort bien comprise !

## ÉCHOS

**La Gazette hebdomadaire.**

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la *Gazette* revenant à sa tradition primitive redeviendra hebdomadaire à partir du 1er décembre 1910. Nous avons tenu tout d'abord à avoir de gros tirages et à développer régulièrement nos listes d'abonnés. Nous avons eu régulièrement depuis de longs mois un tirage justifié de 17.500 exemplaires, ce tirage minimum a été parfois dépassé de beaucoup. C'est ainsi que nous avons publié des numéros de lancement à 51.000 exemplaires répandus dans le monde entier. Notre édition espagnole, dont le tirage minimum a été cette année de 9.500 exemplaires, va augmenter encore : le numéro de septembre a tiré à 18.000 exemplaires. L'édition portugaise tire à 5.500 exemplaires.

Le moment est venu de paraître toutes les semaines avec le même tirage de 17.500 exemplaires. Tous nos tirages sont justifiés par les certificats d'imprimeur publiés dans chaque numéro et certains annonciers viennent assister au départ à la poste.

La prospérité sans cesse croissante de notre journal nous obligera encore à d'autres améliorations prochaines.

Ajoutons que le prix de l'abonnement sera porté, à partir du 1er janvier, à 10 francs pour la France et 15 francs pour l'Union postale. Le service gratuit sera fait jusqu'au 1er janvier 1911 pour les abonnements souscrits dès maintenant pour 1911.

**Contre le cancer**

Un comité pour l'étude du cancer vient d'être fondé en Suisse. Ce comité compte actuellement 40 membres de toutes les parties de la Suisse. Comme il fallait s'y attendre, ce sont les villes universitaires qui ont le plus grand nombre de représentants. Le bureau du comité est composé de MM. le professeur Tavel (de Berne), président; Max Osar Wyos (de Zurich), secrétaire allemand; E. Odier (de Genève), secrétaire français; le professeur Hedinger (de Bâle); le professeur Rossier (de Lausanne); Schmidt (de Berne). De plus, trois nouveaux membres doivent être prochainement désignés pour compléter ce bureau

**Nos collaborateurs.**

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

**L'intestin.**

Le Jubol réalise, suivant le terme si heureux dont s'est servi le Dr Frenkel, en le présentant à l'*Académie des Sciences*, la *rééducation de l'intestin* grâce aux produits spécialement préparés qui entrent dans sa composition. Il fait merveille dans l'entérite.

**Association médicale internationale contre la guerre.**

Cette intéressante association, fondée en 1905 et dirigée par notre ami le Dr Rivière, vient de publier un gros ouvrage contenant les actes et manifestations diverses de cette œuvre humanitaire. Ses moyens d'action sont des plus importants; elle ne comprend pas moins de 10.000 membres groupés dans des Comités nationaux et elle exerce une action manifeste dans la tendance pacifiste qui tend à se faire jour dans la presse mondiale. Les médecins sont respectés et écoutés et leur parole peut avoir dans leur entourage une influence décisive. Il était très intéressant de réunir dans une même action aussi heureuse leurs efforts disséminés.

L'œuvre de Rivière doit être encouragée et les adhésions devraient être de plus en plus nombreuses. Les adhésions n'entraînent à aucun frais.

*Je soussigné* (nom et prénoms) ..............................

*désire faire partie de l'« Association médicale internationale pour aider à la suppression de la guerre » et donner mon adhésion au Congrès qui se tiendra en 1911.*

SIGNATURE ET ADRESSE COMPLÈTE :

Les adhésions à cette œuvre doivent être adressées au Président-Fondateur, le Dr J.-A. Rivière, 25, rue des Mathurins, à Paris.

**Nos annonces.**

La *Gazette* n'accepte la publicité que provenant de maisons sérieuses et nos lecteurs peuvent recommander sans crainte les spécialités qui s'y trouvent annoncées. Découpant les annonces en citant ce journal, ils recevront les échantillons dont ils auraient besoin pour leurs essais cliniques.

**Pour les pharmaciens.**

La publicité de la *Gazette Médicale de Paris* est à coup sûr la plus fructueuse et nous pouvons justifier son rendement absolument certain. La *sélection* de nos annonces. L'*énorme tirage* du journal (minimum 17.500 exemplaires et parfois 40 à 50.000 exemplaires) justifié au départ à la poste expliquent les résultats brillants recueillis par les annonciers.

Notre édition en langue espagnole et notre édition en langue portugaise, lues en Espagne, en Portugal, dans les colonies de ces deux pays et dans tous les pays de l'Amérique Centrale et de l'Amérique du Sud font connaître les spécialités françaises de maisons sérieuses et ont permis des lancements avec des résultats extrêmement productifs et justifiés par la qualité des produits annoncés.

L'Administration de la *Gazette* est à la disposition des pharmaciens et des sourciers pour leur donner tous renseignements et leur faire connaître, le cas échéant, les formalités de l'exportation et des noms de dépositaires éventuels.

**Montres médicales**

Un spécialiste notoire, M. Auricoste, horloger de la marine de l'État et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris, fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.

**Marques.**

Un certain nombre de nos lecteurs nous demandent fréquemment des renseignements au sujet des *marques*.

C'est là une question très importante et nous engageons très vivement ceux qui s'intéressent aux spécialités pharmaceutiques et aux eaux minérales à s'assurer de la validité du nom qu'ils ont choisi en tant que marque. Combien ignorent tout sur cette matière si féconde en procès de contrefaçons et en ennuis de toutes sortes. Il y a, en outre, des formalités qu'on ne doit pas ignorer vis-à-vis de l'étranger. Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que MM. Weissmann et Marx, ingénieurs civils, 90, rue d'Amsterdam, Paris, répondront à titre gratuit à ceux de nos lecteurs qui leur écriront de notre part et leur fourniront les renseignements que nous ne pouvons pas leur donner nous-mêmes d'une façon suffisamment précise.



## POSTES MÉDICAUX

### DEMANDES

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**Docteur** reprendrait immédiatement poste faisant pharmacie dans Seine-et-Oise et départements limitrophes, dispose de petit comptant. (31)

**Jeune Docteur** disposant de 25.000 comptant succéderait à confrère de Paris ayant clientèle sérieuse. (29)

**Jeune docteur**, très au courant de la laryngologie, cherche occupation dans clinique à Paris. Peu exigeant. (12)

**Docteur** succéderait à confrère ayant bon poste dans la région de Nancy, Bar-le-Duc et Chaumont. — Prendrait de suite. (27)

**Docteur** très au courant des maladies des voies urinaires accepterait situation à Paris dans clinique importante. (115)

**Docteur** disposant de 150.000 fr. comptant succéderait ou s'associerait dans maison de santé sérieuse située à Paris ou dans la banlieue. (136)

**Docteur** cherche dans *Indre-et-Loire* un bon poste donnant 12 à 15.000; dispose de 5.000 fr. comptant, prendrait de suite. (26)

**Docteur** cherche bonne clientèle donnant de 12 à 15.000 francs et distante de 3 heures de Paris au plus, dispose de 10.000 comptant. (25)

**Docteur** et pharmacien cherche un poste où il pourrait faire la pharmacie et d un rapport d'au moins 10.000 francs, paierait tout comptant. Pressé. (21)

**Docteur** succéderait à confrère dans poste aux environs d'Amiens, côté est de préférence, et donnant 9 à 10.000, dispose de 4.000 francs comptant. (18)

**Docteur** très sérieux et très au courant de la clientèle, ne voulant pas s'installer avant longtemps, cherche des *remplacements* n'importe où. (119)

**Docteur** disposant d'une somme comptant élevée achètera tout ou s'associerait, à Paris seulement. *Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie* ou *Maison de santé*. (17)

### OFFRES

*Nous prions les confrères qui voudraient céder leur clientèles maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.*

**ORNE.** — Poste agréable. Recettes : 12.000 francs. Clientèle riche. Peu de comptant demandé et facilités. Pressé. (841)

**MAINE-ET-LOIRE.** — On céderait bonne clientèle. Succession facile. Peu de comptant. (840)

**ARDÈCHE.** — Docteur faisant pharmacie dans région de 8 à 10.000 habitants céderait pour petite indemnité. (839)

**PARIS.** — Clientèle sérieuse dans beaux quartiers. Prix demandé : 14.000 fr. Cause de maladie. (838)

**SEINE-ET-OISE.** — Bon poste de gros rapport dans localité très agréable, moyens de locomotion faciles avec Paris, on traiterait avec 20.000 fr. comptant et facilités pour le reste. (837)

**SOMME.** — Bonne petite clientèle, 9.000 fr. touchés chef-lieu de canton populeux. On céderait pour 8.000 comptant. (835)

**EURE-ET-LOIR.** — Pour cause de maladie on céderait ancienne clientèle donnant 14.000 touchés. Conditions avantageuses. Pressé. (831)

**CORRÈZE.** — A céder une superbe installation de cabinet dentaire faisant 35.000 fr. de recettes. Peu de frais. On traiterait avec 15.000 comptant. (829)

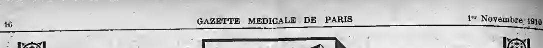
**GIRONDE.** — Confrère malade céderait, avec toutes facilités de paiement, très agréable petit poste de campagne. (827)

**SEINE-ET-OISE** — Docteur fatigué céderait petite clientèle pleine d'avenir pour 2.000 comptant. Très pressé. (810)

**ALLIER.** — Bonne et agréable clientèle de chef-lieu de canton, donnant 8.000 et pouvant être facilement augmentée. A céder pour 4.000 comptant. (807)

### AVIS

**Banlieue de Paris.** — Pour raison de famille, à céder clientèle très ancienne de 25.000 fr. par an, transmissible en totalité. Condit. uniques, annuité dont 20.000 francs comptant. Écrire au journal. T. U. 9.





81e Année (Série XIIIe) — No 72 Le Numéro : 25 Centimes 15 Novembre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Ventes au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
Paris, 1, Rue Casimir-Delavigne

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 10 fr.
Union postale......... 15 fr.
Édition Espagnole...... 10 fr.
Édition Portugaise..... 10 fr.

Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & REDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS

DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé* (138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Président, Membre du Jury*
*Exposition Bruxelles, Cl. 16*





# ÉCHOS

**A la Faculté de Médecine** — *La réforme de l'enseignement*

L'Association des professeurs et agrégés des Facultés de médecine de toute la France s'est réunie il y a quelques jours en assemblée plénière, à la Faculté de médecine. Le professeur Courmont, qui préside l'Association, a rendu compte des démarches aussi nombreuses que vaines qu'il a tentées auprès du ministre de l'Instruction publique depuis plus d'un an ; les promesses qu'on lui a faites n'ont pas été tenues, les crédits nécessaires pour réformer l'enseignement médical n'ont pas été votés.

Ces retards continuels font que la réforme ne pourra être entreprise qu'en 1912, si les crédits sont inscrits dans le prochain budget.

De cette façon même, certains enseignements d'une importance capitale qui se font dans la cinquième année des études médicales ne pourront être professées qu'en 1915. Des démarches personnelles ont été faites par M. Courmont auprès de M. Doumergue, il y a quelques mois, mais le ministre d'alors ne semblait pas convaincu de l'importance humanitaire et sociale de cette réforme médicale.

L'Association des professeurs et agrégés, après le discours du président, comme conclusion, a voté, à l'unanimité, l'important vœu qui suit :

*L'Association, désireuse d'appliquer dans le plus bref délai possible le décret du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études médicales avec les modifications proposées par elle ;*

*Considérant que cette application est subordonnée à l'allocation des crédits nécessaires, regrettant que ces crédits, malgré les engagements pris, n'aient pas été inscrits au budget de* 1911,

*Charge son bureau composé de MM. Courmont, Reclus, Gross (de Nancy), Broca et Regnaud, de faire auprès des pouvoirs publics toutes démarches utiles.*

A la suite de ce vote, le professeur Bouchard demanda que le discours de M. Jules Courmont fut publié.

Un certain nombre de démarches ont été faites auprès de parlementaires à la suite de ces décisions. Nous croyons savoir qu'avant l'ouverture de la discussion du budget, une question précise sera posée au ministre de l'Instruction publique, tant au Sénat qu'à la Chambre, pour savoir quand et comment il entend réformer les études médicales.

Le nouveau ministre de l'Instruction publique, M. Maurice Faure, semble tout disposé à hâter l'avènement de cette réforme qu'attendent impatiemment le public et le monde médical.

**Le Ministère.**

Nous avons vu avec plaisir la nomination comme ministre des Colonies d'un ancien pharmacien, M. Jean Morel.

**Saignées.**

Nous extrayons du recueil *Guy Patin*, que vient de publier Pierre Pic, le passage suivant :

25 mars 1657.

« M. le Premier président est ici fort malade; il a été saigné pour la sixième et septième fois; au commencement, il ne le voulait point être, mais de présent, il ne demande pas mieux, et dit qu'il voit bien qu'il ne peut guérir que par là. *Tandem bona causa triumphat.*

M. le Premier président fut encore saigné hier pour la dixième fois (!). Les médecins qui l'entourent et l'obsèdent délibèrent de lui donner quelque petit purgatif, se sentant parvenus au huitième jour. Enfin, ils lui en donnèrent un qu'on dit être casse, sené et manne. *A quo longe deternis habuit,* de sorte qu'il a fallu le ressaigner cette nuit *ne suffocaret...* »

Onze saignées en huit jours ! Ce Premier président avait une riche nature !

**Union fédérative des Médecins de réserve et de l'armée territoriale.**

L'assemblée générale annuelle de l'U. F. M. R. T. aura lieu le vendredi 25 novembre, à cinq heures et demie, dans les salons du Cercle militaire.

Le banquet annuel aura lien le samedi 26 novembre, à sept heures et demie, dans les salons de l'Hôtel Continental, sous la présidence effective de M. Sarraut, ancien sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, vice-président du Comité d'honneur.

**Sherlock Holmes médecin.**

Sans avoir précisément pris le type de Sherlock Holmes dans la vie, le romancier Conan Doyle a pourtant trouvé son modèle... parmi les médecins.

A l'époque où il étudiait la médecine à Edimbourg, il assista aux cours du professeur Bell, qui était un diagnostiqueur stupéfiant.

Avant même d'examiner médicalement le malade il remarquait d'un coup d'œil les moindres détails de son visage, de ses mains et de ses vêtements... Et il tirait de ces observations des déductions fantastiques de justesse et de rapidité quant aux causes logiques de la maladie.

Ce fut l'exemple du professeur Bell qui donna à sir Conan Doyle l'idée de *créer* le type du policier Sherlock Holmes.

**Les revendications médicales des cheminots du Nord**

Deux des revendications des cheminots du Nord qui portent respectivement les n^os^ 6 et 7, sont du domaine médical :

6° *Service médical.* — Que les boîtes de secours ne soient pas plombées. Qu'un brancard soit disponible dans les dépôts. Que l'heure de la visite médicale soit affichée dans les ateliers. Que les docteurs de la Compagnie puissent soigner les malades et leur donner les médicaments nécessaires;

7° *Hygiène.* — Qu'une circulaire interdisant l'entrée dans les foyers chauds soit affichée dans tous les dépôts. Que l'allumage des machines se fasse sous les cheminées des rotondes. Dans les remises où il n'y a pas de cheminées que l'allumage soit interdit. Que les bains-douches soient à la disposition des agents. Que les réfectoires soient accessibles aux agents qui, à cause de l'éloignement, ne peuvent rentrer chez eux pour prendre leur repas. Que les fosses soient nettoyées et désinfectées. Que des coffres à vêtements soient à la disposition des ouvriers. Qu'il soit accordé cinq minutes pour le nettoyage des mains.

**Congrès des médecins légistes de France.**

Les médecins légistes de France ont décidé de se réunir une fois par an, au mois de mai, pour discuter les questions professionnelles et scientifiques qui les intéressent particulièrement.

L'assemblée aurait lieu dans un centre universitaire ou dans une grande ville possédant un institut médico-légal. Elle durerait deux jours, trois jours au plus. Deux questions seraient étudiées par des rapporteurs nommés un an d'avance : l'une relative aux intérêts professionnels, l'autre à une question scientifique avec applications médico-légales.

La première réunion aura lieu à Paris, à la fin du mois de mai 1911. Aucun rapport ne sera discuté à cette assemblée, les questions d'organisation générale occuperont les premières séances.

Adresser immédiatement son adhésion, au Dr Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

# LA CURE DE L'HÉMOPHILIE

PAR LE

## Traitement sérique continu

Par le Docteur Émile WEIL
Médecin des Hôpitaux de Paris

Au Congrès de Médecine, qui se tint à Paris en 1907, je rapportais avec O. Claude (1), l'histoire d'un grand hémophile, traité pendant un an par des injections de sérum de cheval, répétées tous les trois mois.

Nous faisions suivre son observation des remarques suivantes: « Avant notre traitement, le malade était un type de grand hémophile, et depuis son enfance, les grands accidents ne cessaient de se produire avec une fréquence telle que les périodes intercalaires n'excédaient jamais trois mois. La cure est entreprise en pleine crise pour une hématurie, qui cesse rapidement. Depuis lors, les accidents spontanés disparaissent complètement. Dans une première période, les accidents provoqués (hémorrhagie par coupure) manquent, puis reparaissent périodiquement chaque fois qu'on s'éloigne du moment de l'injection. Pendant les derniers temps, seulement, quelques troubles articulaires semblent comme un rappel ébauché des anciens accidents spontanés.

L'évolution des lésions sanguines a suivi une marche parallèle ; sous l'influence de la sérothérapie, la correction du vice de coagulation se fait parallèlement. Et tandis que les hémorrhagies provoquées reparaissent, le retour se fait dans le type hémophililique. Peu à peu, l'action du sérum paraît s'épuiser. »

Voici maintenant quatre ans que nous donnons nos soins à ce malade, et que nous l'injectons régulièrement tous les trois mois. Pendant tout ce temps, cet homme n'a pour ainsi dire plus fait d'accidents. Certes, il présente bien de temps en temps quelques douleurs articulaires, mais cet homme, qui tous les mois était obligé de s'aliter plusieurs jours ou même plusieurs semaines, qui était un impotent, cet homme peut recommencer à travailler et à suivre une vie normale.

Cependant son sang qui ne coagulait qu'au bout de quatre heures et quart, coagule maintenant en 40 à 50 minutes.

Son hémophilie a été transformée par le traitement, et est devenue une petite hémophilie.

Mais le fait que nous rapportons n'est pas un fait isolé. Parmi les nombreux hémophiles que nous avons pu observer, quatre ont consenti à subir le traitement, comme nous le conseillons, et leur histoire est identique.

Celle de l'un d'eux a été publié par nous à la Société Médicale des Hôpitaux (2), et nous n'y reviendrons pas ici.

Une autre est celle du frère de notre premier cas ; il s'agit d'un garçon de quatorze ans, souffrant d'accidents aussi graves que son aîné, et qui est venu d'Allemagne sur les instances de son frère, pour suivre notre traitement. Il en a eu le même bénéfice, et ne présente plus depuis le début d'incidents pathologiques.

Le dernier concerne un enfant de sept ans, dont nous rapportons ici en détail le cas inédit. Nous le suivons depuis près de deux ans, et le même succès a suivi notre thérapeutique.

Arnold M... m'est amené à ma consultation le 27 janvier 1909. C'est un enfant de 7 ans, hémophile, qui appartient à la famille des saigneurs de Tenna, à laquelle Hössli a consacré sa thèse en 1885.

L'hémophilie provient de la lignée maternelle. Comme nourrisson, n'a eu aucune maladie. Varicelle en 1907.

Dans son enfance, on remarqua qu'il présentait souvent des bleus sur le corps, au moindre choc. Il eut aussi des douleurs articulaires, qui furent attribuées au rhumatisme, et relevaient probablement d'hémarthroses.

L'enfant a toujours eu une mauvaise dentition. C'est il y a deux ans, à la suite de la chute d'une dent, qu'on reconnut l'hémophilie. Une hémorrhagie survint, qui dura huit jours.

En septembre 1908, on fit l'avulsion de deux incisives. L'hémorrhagie consécutive se prolongea trois semaines. Elle ne cessa qu'après l'emploi du sérum, et l'échec de l'eau oxygénée, de l'adrénaline, du penghawar, employés localement, et du chlorure de calcium administré en potion.

Les renseignements apprennent que le grand-oncle maternel était hémophile et est mort d'hémorrhagie à 57 ans; l'oncle maternel est mort également d'hémorrhagie à 48 ans. La mère avait de fréquentes pertes utérines; elle a succombé à 38 ans, après de grandes hémoptysies, au cours d'une tuberculose pulmonaire qui évolua en deux ans. Elle a eu trois enfants, et les accouchements se sont passés normalement.

Seul, Arnold est hémophile. Son frère et sa sœur aînés sont sains, n'ont pas d'accidents.

Arnold m'est amené, parce qu'ayant besoin d'être opéré pour des végétations adénoïdes, le Dr Laurens refuse d'intervenir par crainte d'hémorrhagie.

C'est un enfant bien développé, dont tous les organes sont normaux ; on note seulement une dentition en très mauvais état.

L'examen du sang montre la coagulation normale pour le frère aîné (6 minutes) ; par contre, la fille, apparemment saine présente de légères anomalies : le sang veineux sédimente légèrement et met 22 minutes à se coaguler, enfin, le caillot qui se rétracte bien, subit un émiettement partiel. Pour Arnold, son sang sédimente immédiatement et longuement ; la coagulation plasmatique s'opère en trois heures un quart. La rétraction est assez bonne, le sérum clair.

Au contact de quelques gouttes de sérum, la coagulation se produit sans presque de sédimentation en huit minutes. Les extraits d'organe agissent dans des sens différents sur la coagulation, seul le lobe postérieur de l'hypophyse corrige aussi bien les anomalies que le sérum.

Le 29 janvier, Arnold reçoit 20 cc. de sérum frais de cheval (*1re injection*).

Le 1er février, le dentiste procède à l'extraction de deux dents. Pas d'hémorrhagie immédiate. Le soir, légère hémorrhagie, arrêtée avec un pansement de sérum anti-diphtérique. Le lendemain, on arrête le sang avec du sérum sec. Le 3, après enlèvement d'un caillot, hémorragie le soir.

Du 8 au 13 février, urticaire et fièvre.

Le 23 février, hémorrhagie à la gencive supérieure, arrêtée par la poudre de sérum, — le 4 mars, même incident, même traitement. Du 7 au 10 mars, hémorrhagie à la gencive supérieure gauche, traitée chaque fois par le pansement local au sérum.

Le 20 mars, douleurs au genou gauche, puis le 23, taches purpuriques à la jambe, à la fesse.

Le 24 mars, *2e injection de 20 cc.* de sérum de cheval qui détermine de la fièvre.

Le 2 avril, urticaire.

Le 7 avril, hémorrhagie dentaire qu'arrête rapidement le pansement sérique, mais qui recommence le 10 et le 11. Cette hémorrhagie est due à un chicot, qu'on enlève, et un pansement arrête immédiatement l'écoulement sanguin. Le 13 et le 15 avril, nouvelle hémorrhagie.

Le sang examiné *le 17 avril*, sédimente, il se *coagule en 1 heure et demie*. Bonne rétraction.

L'enfant se porte bien, — le 18 mai, il présente quelques bleus au niveau du genou gauche.

Le 30 mai, il perd une incisive, sans saigner notablement.

Le 5 juin, quelques douleurs au coude droit.

Le 21 juillet, *3e injection* de 20 cc. de sérum de cheval.

Du 24 au 31 juillet, troubles digestifs et urticaire.

Les 3 et 4 août, hémorrhagie au niveau de la piqûre.

Le 5 *août*, le sang veineux examiné *coagule en un quart d'heure*. On prescrit des cachets de protoxalate de fer.

L'enfant se porte bien, et l'on ne note rien d'août à novembre.

Le 17 *novembre*, *4e injection* de 20 cc. de sérum de cheval.

Urticaire léger du 22 au 26 novembre et rhumatisme léger les 28 et 29.

Vers le 15 décembre, pendant quelques jours, douleurs arthropathiques.

On met l'enfant à l'huile de foie de morue.

Hémorrhagie dentaire du 22 au 26 janvier 1910, à plusieurs reprises.

Le 26 janvier, *5e injection de sérum*. L'hémorrhagie dentaire s'arrête.

Le 31 janvier, *extraction de trois racines. L'enfant n'a aucune hémorrhagie, et n'a pas d'urticaire*. On continue l'usage de l'huile de foie de morue.

En avril, l'enfant présente de nouveau des douleurs dans la cuisse et le mollet droit, que calme l'aspirine.

Le *22 avril, 6e injection de 20 cc. de sérum, qui ne détermine ni fièvre ni urticaire.*

Le sang veineux, examiné le 13 mai, coagule, après sédimentation, en *une demi-heure*, et se rétracte bien.

Depuis le traitement, la santé générale s'est beaucoup améliorée, l'enfant se porte bien, est gai, et a beaucoup grandi. Il n'est plus nécessaire actuellement de l'opérer de ses végétations adénoïdes, qui ne se manifestent plus par aucun symptôme.

Le 1er août, *7e injection* de 20 cc. de sérum de cheval.

Le 3 octobre, *8e injection* de 20 cc. de sérum de cheval.

L'enfant a bien supporté ces deux injections, n'a pas eu d'accidents sériques sauf un peu de fièvre le premier jour.

Aucun accident hémophilique.

On profite de la dernière injection pour le mener chez le dentiste, et faire arranger ses dents, qui sont maintenant presque en bon état.

De ces observations prolongées, résultent les conclusions suivantes :

Les injections de sérum ne font pas que supprimer momentanément les accidents hémophiliques, et pallier de façon passagère au vice sanguin de l'hémophilie.

Par leur répétition, elles modifient profondément les altérations hématiques et les atténuent, sans les faire d'ailleurs cesser complètement. Mais là, où la coagulation mettait douze heures, cinq heures, trois heures à se faire, elle s'opère respectivement à l'heure présente en une heure, en quarante, en trente, en quinze minutes. Chez des malades, où des accidents graves survenaient de façon subintrante ou cyclique, il n'y a plus d'accidents quasi-spontanés, la vie est devenue possible, des opérations ont pu être pratiquées sans hémorrhagies consécutives.

(1) Emile Weil et Octave Claude. Histoire d'un grand hémophile traité depuis plus d'un an. *Congrès Médecine*, octobre 1907.

(2) P. Emile Weil. Un cas d'hémophilie spontanée à type grande hémophilie familiale. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 23 octobre 1908.

L'hémophilie, chez nos malades, a vieilli en quatre ans, en trois ans, en deux ans, plus qu'elle n'aurait fait spontanément en l'existence entière, et l'amélioration est telle que pour certains, on peut dire quelle est en voie de guérison.

Cela est vrai, même lorsque l'on constate encore quelques manifestations cliniques. C'est ainsi que chez un de ces malades, dont nous avons entretenu avec A. Broca, la Société de Chirurgie (1), survint le 12 juin dernier une grosse hémarthrose du genou droit, et des ecchymoses du coude gauche. Mais ces symptômes étaient consécutifs à un trauma grave, une chute du haut d'un arbre, qui eut probablement été fatale jadis. Le sang de notre malade était presque normal et coagulait sans sédimentation en 25 minutes, alors que la coagulation se faisait il y a quatre ans en douze heures, il y a un an en quatre heures.

Mais, on peut se demander si les injections de sérum, que nous conseillons sont inoffensives, et si leur répétition ne peut point entraîner des troubles de la santé générale. En particulier, on a prétendu que les hémophiles étaient sujets à des accidents sériques plus graves que les individus sains. Certes, les troubles anaphylactiques (urticaires, éruptions diverses, astropathies, douleurs, fièvre, etc.), constituent un vice inhérent à toute sérothérapie. Mais nous ne saurions laisser adopter, sans protester, l'opinion, qui considère les hémophiles comme particulièrement sensibles. Nos malades se comportent de façon aussi différente devant le traitement que les individus normaux Les uns ont des accidents dès la première injection, d'autres n'en ont jamais; plusieurs en souffrirent d'abord, qui les ont vu cesser ensuite, sans que nous en sachions la cause. Un de nos quatre grands hémophiles a reçu une injection tous les trois mois depuis quatre ans, sans jamais présenter un symptôme consécutif. Deux autres, qui eurent pendant plusieurs années de l'urticaire, des douleurs articulaires avec fièvre, à la suite de chaque piqûre, n'ont pas souffert des dernières injections. Le quatrième réagit encore à chaque fois.

Un fait curieux nous a été signalé par notre premier malade. Au début, l'injection de sérum l'empêchait de saigner, lorsqu'il se coupait en se rasant, pendant plus de deux mois. Actuellement la préservation ne dépasse guère quatre à cinq semaines ; d'autre part, la correction du vice sanguin est également moindre pour la même dose de sérum; enfin, il semblerait que les accidents arthropathiques, qui se produisent d'ailleurs rarement, mettent plus longtemps à disparaître. Aussi le malade nous a-t-il demandé de l'injecter plus souvent, et nous avons accédé à sa demande.

Depuis quatre mois, nous injectons nos malades tous les deux et non plus tous les trois mois, et ils se montrent enchantés de cette modification de notre technique.

Disons enfin, que ces multiples injections de sérum, n'ont nullement troublé la croissance des jeunes enfants, à qui nous les avons faites. Au contraire, la cessation des accidents, qu'elles ont déterminée, a été suivi d'un accroissement rapide tant de taille que de poids.

Par conséquent, notre expérience nous permet de conseiller l'usage des injections répétées de sérum, à fortes doses, sans arrière-pensée et sans redonter d'accidents.

On peut utiliser, comme nous l'avons déjà maintes fois indiqué, tout sérum animal antitoxiqué ou non. Personnellement, nous ne nous servons en pratique de ville que du sérum de cheval, et à l'hôpital que de sérum antidiphtérique. Nous ne rejetons que les sérums de bœuf ou de chien, particulièrement toxiques pour l'homme.

Les doses de 20 c.c., administrées par voie sous-cutanée et répétées tous les deux mois, sont celles qui conviennent, tant chez l'enfant que chez l'adulte pour la cure prolongée de l'affection ; mais en cas d'accidents, on pourrait de beaucoup dépasser cette posologie.

(1). A. Broca et Emile Weil. Le traitement de l'hémophilie par les injections et les pansements de sérum animal. *Bull. Soc. Chir.*, 22 juin 1910.

## Les Médecins des Réserves

Par le Docteur Antonin BARATIER

A la suite de quelques chroniques, parues dans l'*Armée Nationale*, au sujet des médecins de Réserve et de Territoriale, j'ai reçu une quantité de lettres de confrères et de collègues. Or, bien qu'émanant des quatre coins de la France, bien qu'émanant de médecins jeunes ou vieux, enthousiastes ou blasés, cocardiers ou pacifistes, ces lettres se ressemblent toutes quant au fond ; elles reflètent un état d'âme identique et toutes peuvent se résumer ainsi : *avancement trop lent ; décoration en nombre trop restreint.*

Nos très aimables confrères ont parfaitement raison de protester contre un tel état de chose actuelle ; mais là où je m'empresse de leur donner tort, c'est quand ils m'écrivent qu'ils sont prêts à démissionner dès qu'ils auront satisfait aux obligations militaires.

En examinant la première question, celle qui a l'air de mécontenter le plus grand nombre de nos confrères de la Réserve et de la Territoriale, il est aisé de comprendre leur mauvaise humeur et, jusqu'à un certain point, on peut l'approuver.

Mais, il est nécessaire, avant tout, de mettre les choses au point.

L'avancement, aussi bien dans les grades inférieurs qu'au sommet de la hiérarchie dans l'armée de complément, est d'une lenteur excessive... Si on compare les règlements relatifs à cet avancement sur le papier avec l'avancement effectif qui paraît au *Journal Officiel*, on voit, sans loupe ni verre ultra-grossissant, qu'un abîme insondable sépare ces deux états.... Mais la loi est là !

Trop nombreux sont nos confrères qui, d'abord, ignorent complètement les différentes conditions requises pour passer d'un grade à un antre, soit dans la Réserve, soit dans la Territoriale.

Voici, à leur intention, deux tableaux (1) qui les renseignent absolument à ce sujet ; c'est la question définitivement réglée par le décret du 22 mai 1909 et c'est d'après ce décret que se font actuellement les propositions d'avancement.

1° *Médecins des Réserves* :

1° — Les médecins *A. Majors de 2e, sont promus* au grade supérieur, quand ils comptent :
*4 années* de grade ;
*2 périodes* d'instruction *dans ce grade.*
*2 ans* de grade et *une période* d'instruction *suffisent toutefois* pour :
*a)* Les professeurs titulaires et agrégés des Facultés et des Ecoles de Médecine ;
*b)* Les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs des Hôpitaux, nommés au concours ;
*c)* Les Chefs de Clinique et les Prosecteurs, nommés au concours dans une Faculté de Médecine.
2° — Les médecins *A. Majors de Ire*, quelle que soit leur origine, *peuvent être nommés* au grade supérieur, lorsqu'ils comptent :
*6 années* de grade ;
*I période* d'instruction *dans ce grade.*
3° — Les médecins *Majors de 2e*, provenant de l'active (démissionnaires ou retraités), *peuvent être nommés M. Majors de Ire*, s'ils comptent :
*6 années* de grade ;
*I période* d'instruction *dans ce grade.*

2° *Médecins de l'Armée Territoriale* :

1° — Les médecins *A. Majors de 2e sont promus* au grade supérieur après :
*4 années* de grade ;
*2 périodes* d'instruction *dans ce grade.*
*Diminution de moitié* toutefois pour les médecins remplissant une des fonctions stipulées plus haut (Professeurs, Médecins, Chefs de Clinique, Prosecteurs).
2° — Les médecins *A. Majors de Ire peuvent être promus* au grade supérieur, lorsqu'ils comptent :
*6 années* de grade ;
*I période* d'instruction *dans ce grade.*
3° — Les médecins *Majors de 2e peuvent être promus* M. Majors de 1re après :
*6 années* de grade ;
*I période* d'instruction *dans ce grade*
4° — Les médecins *Majors de Ire peuvent être promus* M. Principaux de 2e, lorsqu'ils comptent :
*5 années* de grade :
*I période* d'instruction *dans ce grade.*

Donc, tout médecin de complément qui rentre ou qui croit rentrer dans un des cas ci-dessus mentionnés et qui n'a pas été ou promu ou inscrit au tableau d'avancement, est en droit de réclamer soit auprès du directeur du corps de santé auquel il appartient, soit directement, à Paris, au ministère de la Guerre, 7e direction (Service de Santé), soit, ce qui est préférable, à l'Union Fédérative des Médecins de Réserve.

Et si la réclamation est légitime, on y fera droit.

Seulement, je me permets de faire remarquer à un grand nombre de collègues qui se croient *lésés* dans leur avancement que souvent ils se trouvent en mauvaise posture pour réclamer, ayant généralement tort. Une période d'appel consiste à remplir un service commandé dans toute sa rigueur ; on doit *obéir*, exécuter les ordres que l'on reçoit, se conformer en tout et pour tout à ce que le chef hiérarchique direct ou indirect (chef de corps et officier d'un grade supérieur à celui du médecin de réserve) commande dans l'intérêt du service, dans l'intérêt du régiment, des soldats et du pays. Un aide-major de 2e convoqué pour une période de 21 jours, doit faire avec son unité les grandes manœuvres ; il ne *veut* pas pivoter et demande à rester soit à la caserne, soit à l'hôpital de garnison... Il va de soi que cet aide-major de 2e, n'aura pas un avancement aussi rapide que son confrère qui lui, aura prouvé pendant sa période, qu'il a été *soldat*, qui aura fait son service et son devoir.

Et s'il réclame par ce que, après cette période et quatre ans de grade, il n'obtient

(1) Dus à l'obligeance de mon excellent camarade, M. le médecin-major de Ire classe Jeanton, un ami de la *Gazette médicale de Paris*.

pas son deuxième galon, on lui donnera tort, avec raison à mon point de vue!

Les notes que l'on donne au réserviste ou au territorial, comptent pour son avancement; elles sont bonnes ou mauvaises; le médecin-chef de l'active, le colonel du régiment ou le chef du bataillon, donnent également leurs notes et leur appréciation sur le médecin des réserves; le directeur du corps de santé en tient largement compte et l'avancement dépend, en grande partie, de ces « notes » (notes dont l'intéressé peut demander communication, ainsi que de tout son dossier pendant sa période d'instruction).

Si elles sont très bonnes, ou seulement bonnes, le candidat au 2e, au 3e ou au 4e galon a des chances de passer au grade supérieur dans le laps de temps voulu... Si elles sont médiocres, si le médecin-chef ou le colonel constatent du mauvais vouloir, de l'ignorance, du tirage au flanc, de la carotte ou du j'm'enfichisme aigu, il est naturel que le candidat, *mauvais soldat*, soit mis au cran d'arrêt!

Et c'est justice.

Quand on est soldat, et un médecin des réserves est, en temps de période, est, dis-je, et doit être avant tout *soldat*, il doit se conformer aux règlements de l'armée... et s'il rouspète, s'il fait le malin ou s'il tire au flanc avec trop de persévérance, en un mot s'il n'est pas « *à hauteur* », il est mauvais soldat et n'a droit à aucun avancement.

Je ne saurais donc trop engager les confrères à réfléchir avant de réclamer... car, souvent, une réclamation intempestive ou injuste leur fait plus de tort que de bien... même pour l'avenir.

Si le bon soldat, le dévoué aide-major de 1re ou le major de 2e, de réserve ou de territoriale veut passer à un grade supérieur dans le strict minimum de temps prescrit par les règlements, rien ne lui est plus facile.

Qui veut la fin veut les moyens, et il n'a qu'à s'astreindre à faire des périodes supplémentaires.

De deux choses l'une : ou bien le médecin de complément fait son service obligatoire, comme tout le monde, et peu lui chaut qu'il ait un, deux ou trois galons...; à l'âge fixé pour rentrer dans le rang, il quitte l'armée et tout est dit... aide-major ou major, bonsoir, messieurs! Il a fait son temps, il a payé sa dette à la Patrie et il reste chez lui.

Ou bien il est envieux de collectionner des galons sur ses manches et des rubans multicolores sur sa poitrine, et alors il doit payer ces galons et ces rubans en faisant du *zèle*, en se rendant utile, en faisant plus qu'on ne lui demande légalement, en faisant du rabiot jusqu'à la gauche.

Et si, dans ces conditions, il est major de 1re alors que son copain reste aide-major de 2e, c'est, encore une fois, tout naturel, c'est juste, c'est légal.

On voit donc que cette question d'avancement est des plus épineuses; l'avancement normal est lent, très lent..., mais il est avec l'armée des accommodements et le médecin de complément qui veut acquérir son 5e galon peut l'obtenir et l'obtient très facilement avant ou vers la cinquante-huitième année s'il a fait le nécessaire, tout le nécessaire, pour arriver à ce haut grade.

Comme l'antique bâton de maréchal que tout bleu a dans sa giberne, tout médecin aide-major de 2e peut prétendre aux cinq galons de Principal... seulement, pour cela, il *faut* qu'il les *gagne* par son zèle, son ardeur au métier et son dévouement à la Patrie!

Quant à la croix de la Légion d'honneur attribuée aux médecins des réserves, ce point si délicat fera l'objet d'une prochaine chronique.

## REVUE CLINIQUE

**Chorée hystérique du diaphragme**, par le Dr Marcel Terras *(Marseille médical)*.

L'observation suivante que nous avons eu tout dernièrement l'occasion de recueillir, nous a paru intéressante à relever. Nous la donnerons tout d'abord intégralement, nous réservant d'y revenir pour en discuter les points plus particulièrement dignes d'intérêt.

R... Louis, âgé de 26 ans. Antécédents : père mort d'accident; mère actuellement vivante, mais de tempérament nerveux. Il est impossible d'obtenir des éclaircissements du malade à ce sujet. A sa souvenance, il ne se rappelle pas néanmoins avoir été témoin de crises nerveuses chez elle. Ni frères et sœurs.

R... n'a rien présenté de saillant jusqu'au moment de son service militaire qu'il a accompli au Tonkin. A ce moment et successivement il a été atteint de fièvre typhoïde, de paludisme en 1907, paludisme dont le dernier accès a été ressenti vers le milieu de l'année 1907, puis de dysenterie bénigne. En mars 1910, légère attaque de grippe. Le malade nie la spécificité; il n'en présente d'ailleurs, à l'examen, aucun stigmate.

La maladie actuelle remonte approximativement au début de juin 1910. A ce moment, R.., ouvrier boulanger de son métier, se trouvant en train de pétrir, ressent, dit-il, sans que rien ait pu l'avertir, une douleur violente au niveau de la région précordiale. En même temps des palpitations violentes et une céphalalgie intense l'obligèrent à quitter son travail et à s'aliter. Tous ces phénomènes se calmèrent néanmoins très rapidement, mais quatre ou cinq jours après se montra au niveau des chevilles un œdème qui, dit-il, serait légèrement remonté le long des jambes. Cet œdème néanmoins disparaissait la nuit pendant le repos allongé. Il existe en même temps des douleurs assez vives dans les chevilles. Aucun autre signe morbide n'attire l'attention du malade. Ne pouvant se livrer à aucun travail à cause des douleurs malléolaires et précordiales, le malade entre à l'hôpital le 2 juillet.

Nous constatons alors, en l'examinant, un très léger œdème bimalléolaire, œdème mou, dépressible, siégeant autour des articulations tibio-tarsiennes. Le thermomètre marque 38°4. L'auscultation du cœur et des poumons ne donne rien. Le malade, de teint plutôt pâle et de constitution peu robuste, en apparence du moins, ne se plaint plus d'aucune douleur. Pour n'avoir plus à revenir sur ces signes ainsi que sur les phénomènes généraux, nous dirons de suite que dès le 4 juillet, tout œdème avait disparu et que la température était revenue à la normale. Le malade se sentant bien demande à manger.

Mais au moment où nous l'examinons pour la première fois, ce qui attire tout d'abord l'attention lorsqu'on découvre le malade, ce sont de petits mouvements rythmiques d'expansion et de retrait de la paroi, particulièrement bien visibles à l'épigastre et dans toute la zone comprise entre l'écartement des cartilages costaux, situés au-dessous du sternum. La paroi semble battre 150 fois environ par minute et ces mouvements superficiels se transmettent à la région précordiale inférieure. Ces battements sont irréguliers dans leur rythme et se succèdent en salves plus ou moins longues, tantôt par séries de quatre à six, tantôt au contraire, au nombre de dix à douze, mais irrégulièrement, des séries longues succédant à des séries longues, ou des salves brèves faisant suite à des salves moyennes. Si l'on examine ces mouvements d'expansion en tenant le pouls, on voit qu'ils n'ont aucune relation avec le rythme cardiaque qui est normal et parfaitement tranquille. Le malade est alors prié de retenir sa respiration. Pendant les premiers mouvements respiratoires qui ne sont pas faits, les battements épigastriques se continuent sans changement notable; puis à mesure que l'apnée volontaire se prolonge, ils faiblissent dans leur amplitude, mais persistent dans leur nombre. Dès que le malade est à bout de souffle, ils reparaissent comme devant, à mesure que la respiration reprend. Quand le malade parle à haute voix, si la réponse est monosyllabique ou très courte, rien n'est modifié à l'inspection; au contraire, si l'on engage le malade dans des explications nécessitant de longues phrases où entrent des mots longs à prononcer, les battements cessent pendant ce temps ou tout au moins pendant le temps strictement nécessaire à l'émission de sons liés ensemble par le sens.

A la palpation, il est facile de se rendre compte que ces battements ne naissent pas dans la paroi qui n'est que soulevée et rend visible un mouvement né en dehors d'elle. Aucune sensation douloureuse n'est éveillée par une palpation même appuyée aux points suivants : épigastre, région précordiale tout entière, espaces intercostaux au niveau des cartilages costaux, points diaphragmatiques de Gueneau de Mussy. La pointe du cœur bat à sa place normale.

L'auscultation ne révèle rien à la base du cœur. Dans la région ventriculaire au contraire on entend, surtout dans la zone sus-apexienne des souffles légers, superficiels, sans rapport avec les temps de la révolution cardiaque, et exactement rythmés par les mouvements rythmiques de la paroi qui sont très nettement perçus au contact de la peau, pendant qu'on ausculte. Abstraction faite de ces souffles, le cœur lui-même est calme, régulier, aucun bruit anormal n'est entendu.

La respiration est légèrement accélérée (36 mouvements respiratoires à la minute). Rien à l'auscultation des poumons. Les urines sont normales en quantité et qualité. Rien aux autres viscères. Langue légèrement saburrale L'état général est bon. Le malade paraît émotif et légèrement nerveux dans ses réponses, mais parfaitement clair et sans exagérations dans son récit. Il ne présente pas de tremblement; son corps thyroïde est normal, pas d'exophtalmie. Tous les réflexes tendineux existent et sont normaux. Tous les réflexes cutanés et muqueux sont intacts également, sauf peut-être le réflexe pharyngé qui paraît légèrement diminué. La raie vaso-motrice cutanée est obtenue très facilement.

Le 4 juillet, les phénomènes généraux (température et gonflement articulaire), ont disparu. Les battements persistent non modifiés.

A ce moment le malade est soumis au traitement suivant : valérianate d'ammoniaque, pendant deux jours, et suggestion avec repos au lit. Le service feint de n'accorder aucune importance aux battements épigastriques et on affirme au malade que ces troubles insignifiants vont disparaître sous peu, grâce à quelques révulsifs.

Le 8 juillet, l'amélioration est nette. Les bat-

tements sont moins intenses, et les souffles précordiaux diminués en proportion.

Le 10 juillet, pour compléter et rendre plus sensible la suggestion thérapeutique, on pratique le stypage au chlorure d'éthyle autour de la région animée de battements, en le continuant sur la projection sur la paroi des deux nerfs phréniques. Dès le lendemain, l'amélioration constatée est très notable. A ce moment, on cesse de s'occuper du malade qui ne présente plus que quelques petites ondulations de la paroi et qui demande avec instance de se lever. Il se lève donc et quelques jours après entre comme servant dans une salle voisine où il s'acquitte parfaitement de son travail. Examiné quelques jours après la prise de son travail pénible de servant, il déclare n'avoir plus ses battements et ne souffrir de rien. Cependant, quand on dénude l'abdomen, après un moment d'examen et quand son attention est fixée sur ses troubles anciens, on voit par moment renaître quelques ondulations épigastriques d'ailleurs insignifiantes.

Telle est l'observation de ce malade chez qui nous avons pu suivre l'évolution complète des phénomènes observés. Nous avons évidemment affaire dans ce cas à des battements épigastriques transmis à la paroi par des contractions du diaphragme. Les autres facteurs de battements épigastriques ne sauraient être invoqués ici. En effet, comme on a pu s'en rendre compte par le détail de l'observation, le cœur doit être mis nettement hors de cause. Son rythme est nettement indépendant du rythme épigastrique. Les souffles qu'il présente ne sont pas en harmonie avec les différents stades de sa propre révolution, mais bien avec les mouvements perçus à la région épigastrique. De plus, il ne présente aucune lésion cliniquement appréciable. Nous n'insisterons donc pas sur cette hypothèse. Resterait à envisager le cas de battements épigastriques sous la dépendance de la névrose vaso-motrice si fréquente chez les nerveux, et traduisant à la paroi l'éréthisme du système artériel. Rien de pareil dans notre cas. Les mouvements observés sont en relation étroite avec la respiration, se traduisant à l'auscultation par des souffles pulmonaires précordiaux; ils s'étendent de plus sur une région beaucoup plus vaste que les battements artériels; enfin, le système artériel examiné n'a rien présenté d'anormal. Tous les phénomènes observés montrent clairement qu'ils sont sous la dépendance du diaphragme. Nous ne nous attarderons pas à la discussion de ces diverses hypothèses pour n'être pas obligé de revenir sur les détails longuement notés dans l'observation.

Le diaphragme mis en cause, à quel diagnostic nous fixer? Ce muscle est-il atteint d'une lésion organique ou d'un trouble fonctionnel? La pression, le long des insertions costales du diaphragme n'est pas et n'a jamais été douloureuse. Les battements eux-mêmes ne sont pas sentis douloureux. La percusssion et l'auscultation la plus attentive ne montrent rien qui puisse être mis sur le compte d'une participation pleurale diaphragmatique. Nous savons d'ailleurs que l'inflammation ou l'irritation des séreuses tapissant le diaphragme ne se traduisent pas d'ordinaire par des spasmes de ce muscle. Aucun des organes voisins ne montre d'altération quelconque. L'exploration des nerfs phréniques eux-mêmes ne donne rien. Avons-nous donc affaire à un trouble fonctionnel? Le malade, d'hérédité nerveuse et nerveux lui-même, justifie-t-il une telle hypothèse? La disparition rapide des phénomènes observés sous l'influence d'un traitement aussi insignifiant peut nous le faire envisager, surtout en l'absence de toute constatation au niveau des phréniques. L'examen ne nous a révélé aucun des anciens stigmates de l'hystérie. Mais nous savons aujourd'hui qu'ils n'est pas besoin de leur constatation pour porter ce diagnostic. C'est donc sous l'étiquette d'attente : hystérie, que nous classerons ce cas. Mais l'ordre d'apparition des phénomènes observés ne peut-il pas justifier une hypothèse pathogénique?

Les contractions rythmiques du diaphragme sont apparues quelques jours après les phénomènes douloureux tibio-tarsiens s'accompagnant de température moyennement élevée (38°,4). Dès lors ne pourrait-on pas imaginer l'ordre de succession suivant : Notre malade est atteint de rhumatisme infectieux léger (la nature vraie ou fausse de ce rhumatisme restant à déterminer). Sous l'influence de cet état général infectieux, apparaissent quelques troubles moteurs du diaphragme peut-être d'ordre choréique, peut-être aussi sous la dépendance d'une atteinte légère du phrénique, atteinte si légère qu'elle ne se traduit plus par rien au moment de l'examen. Mais évoluant sur un terrain prédisposé, ces lésions, une fois mises en train, ont continué à se manifester et à s'exagérer du fait même du terrain sur lequel elles ont pris naissance pour devenir purement fonctionnelles. En faveur de ce dernier diagnostic, nous avons, outre les signes énumérés plus haut, les effets de l'inattention du malade lorsqu'on le fait parler et que par nécessité physiologique son diaphragme doit ménager l'air nécessaire à l'émission de longues phrases. En somme, il nous semble légitime d'établir pour l'observation rapportée plus haut le diagnostic suivant : chorée hystérique du diaphragme à point de départ organique, restant bien entendu et sous les réserves énoncées plus haut que l'atteinte organique reste à déterminer et que nous n'attachons au mot bystérie aucun sens doctrinal.

Pour les problèmes qu'elle soulève et les points intéressants qu'elle présente, cette observation nous a paru digne d'être rapportée et discutée avec quelques détails.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Action de certaines sérosités pathologiques,** par M. Jaboulay (*Lyon médical*).

Les sérosités pathologiques paraissent exercer une action défensive pour l'organisme : ainsi les liquides de pleurésie ou de péritonite tuberculeuse agglutinent le bacille de Koch, leur résorption (c'est-à-dire leur auto-inoculation) indique un bon pronostic et mène à la guérison. On peut donc les utiliser contre la tuberculose et ses produits, soit sur le sujet lui-même (Gilbert), soit sur d'autres malades frappés de la même affection. Mais la difficulté de les conserver à l'abri des germes, restreint leur emploi à quelques injections faites les premiers jours qui suivent l'extraction du liquide, et par suite aux seules maladies aiguës, car les maladies chroniques ne peuvent pas être traitées assez longtemps par cette méthode. De là, vient la différence des résultats obtenus avec cette sérothérapie dans les cas médicaux qui ont trait souvent à des manifestations bacillaires rapides, et dans ceux que nous avons pu observer, les tuberculoses chroniques chirurgicales. Pour ces dernières nous avons sans succès apparent, pratiqué des injections sous-cutanées ou loco-dolenti de liquide de pleurétique à l'occasion d'ostéo-arthrites bacillaires de diverses articulations, d'ostéites avec abcès, de maux de Pott, de tuberculose génito-urinaire, etc. La chronicité et l'ancienneté de la maladie ne prétent guère à cette thérapeutique qui ne peut pas être continuée longtemps.

Si les liquides de provenance tuberculeuse sont, avec logique, employés contre certaines manifestations tuberculeuses, des sérosités cancéreuses doivent l'être dans la carcinose. D'après cette idée, j'ai en 1900, il y a 10 ans, fait simultanément aux tuberculeux, les injections d'exsudat pleural, comme je viens de le dire, et aux cancéreux celles de sécrétions néoplasiques, en utilisant des ascites cancéreuses primitives ou secondaires à des tumeurs ovariennes. et les produits des kystes de l'ovaire; les malades étaient inopérables, arrivés tous à la dernière période de leur mal, et quelques-uns présentaient des ulcérations fétides, suintantes et saignantes. Ainsi furent traités un homme atteint d'un volumineux ostéo-sarcome du sacrum récidivé, un autre d'un cancer ouvert des ganglions parotidiens, une femme présentant un cancer thyroïdien adhérent aux téguments du cou, d'autres des tumeurs du sein généralisées, d'autres enfin, l'affection qui avait produit l'exsudat péritonéal, des cancers ovariens, des cancers utérins, etc. Le liquide retiré par la ponction servait, en outre, à injecter la malade qui l'avait fourni, et une véritable autosérothérapie était ainsi réalisée.

La dose injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, a varié de 20 cent. cubes à 500 cent. cubes en passant par les doses de 60, de 100, etc. En voici les effets : ils ont été appréciables surtout pour trois malades : la femme au cancer thyroïdien a vu la marche de la tumeur se ralentir et la rougeur propagée à la peau rétrocéder. 100 cent. cubes de sérosité ascitique ont fait disparaître de suite l'odeur et les hémorragies de l'ostéosarcome du sacrum; 60 cent. cubes ont transformé le cancéreux parotidien, qui était mourant, et ont tari le suintement sanguin et ichoreux. Cette action a été très rapide, mais aussi très fugace, les tumeurs n'ont présenté qu'un affaissement sans résorption, et les cancéreux n'ont survécu que peu de temps ; il n'en reste pas moins acquis que les injections ont remonté des cachectiques, des mourants, arrêté aussi les sécrétions et les hémorragies de cancers ulcérés. La chronicité, la ténacité du cancer ne permet pas d'espérer d'elles autre chose qu'une amélioration transitoire, car elle ne relève que d'une médication longtemps prolongée.

L'ascite néoplasique a donc paru posséder : 1° des propriétés toniques générales ; 2° un pouvoir hémostatique et asséchant pour les ulcérations des tumeurs; elle semble agir autrement que par vaso-constriction, et donner au sang des cancéreux des modifications spéciales qui ne relèvent que des épanchements pathologiques ; car les solutions salines artificielles qui ne produisent que l'hyperleucocytose et l'addition de sérum, sont à peu près nulles en pareil cas.

Les effets de ces exsudats nous rappellent ceux que nous avons obtenus depuis avec des macérations de sarcosporidies animales, et cette analogie dans les résultats n'a rien de surprenant puisque les myxosarcosporidies sont la cause du cancer humain : ces protozoaires doivent fournir la substance spéciale contenue dans l'ascite néoplasique et qui, résorbée après l'injection sous-cutanée du liquide, provoque les modifications locales et générales que nous avons signalées.

**La myocardite homogène,** par MM. N. Fiessinger L. Roudowska.

Les auteurs décrivent sous ce nom une altération parcellaire de la fibre cardiaque distincte de la dégénérescence vitreuse ou cireuse. L'homogénéisation, pour être vue, nécessite une technique de coloration spéciale des fibres musculaires. Elle débute par l'extrémité de la fibre, « homogénéisation terminale », détermine une rupture de la bande intermédiaire, apparaît ensuite en îlots sur la fibre cardiaque, « homogénéisation parcellaire », quelquefois n'intéresse que les fibrilles, « homogénéisation fibril-

laire ». Dans tous les cas, elle débute par le gonflement des disques épais et aboutit à la disparition de la striation transversale. Des recherches expérimentales démontrent aux auteurs que cette altération n'est pas un artifice de cadavérisation et qu'elle se montre avec rapidité au cours des infections et des intoxications aiguës. Chez l'homme elle est exceptionnelle dans la tuberculose, mais peut s'observer dans l'ictère grave, urémie, dans la fièvre typhoïde (où elle est fréquente), dans la pneumonie et dans les grandes septicémies. Il semble que cette altération traduise l'intoxication préagonique. Aussi s'appuyant sur les faits cliniques et anatomiques, les auteurs la dénomment-ils « myocardite préagonique ». La chute de la tension artérielle et le collapsus en semblent les symptômes les plus fréquents.

(*Soc. de Biologie.*)

**Utilité de l'évaluation du pouvoir hémolysant des sérums sanguins dans le séro-diagnostic de la syphilis**, par MM. Hallion et Bauer.

La séroréaction de Heicbt, dérivée de la méthode de Wassermann, offre pour le diagnostic de la syphilis à côté de certains avantages, un défaut sérieux : celui d'utiliser des quantités inconnues d'hémolysine et d'alexine. Dans le sang humain, en effet, les proportions d'hémolysine et d'alexine, par conséquent la puissance hémolysante, sont variables d'un sujet à l'autre. Dans le cas où cette puissance est très grande, les anticorps syphilitiques, même en proportions notables, ne suffisent pas à l'abolir et, par suite, leur présence reste méconnue. Dans le cas où elle est plutôt faible, l'antigène syphilitique seul, même en l'absence d'anticorps spécifiques, risque au contraire d'y suffire ; on est alors exposé à croire faussement à la présence d'anticorps. La réaction peut donc être indûment négative dans le premier cas, indûment positive dans le second.

Pour éviter ce double écueil, on dose d'abord le pouvoir hémolysant de chaque sérum, d'après la quantité de globules rouges qu'il est susceptible de détruire en un temps donné. Cela permet ensuite, dans l'épreuve définitive, de proportionner la dilution globulaire employée à l'énergie du pouvoir hémolysant.

(*Soc. de Biologie.*)

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Le traitement du lupus érythémateux**, par M. Pierre Fernet, interne des Hôpitaux (*Le Monde Médical*).

*Traitement interne.* — Ainsi, le lupus érythémateux étant dans la plupart des cas, d'origine tuberculeuse, le traitement antiscrofuleux doit être à la base de la médication interne. Il faut donc prescrire l'huile de foie de morue en hiver, le sirop iodotannique, le sirop antiscorbutique en été, et alterner avec des préparations arsénicales.

L'importance de l'élément congestif dans le lupus érythémateux est une indication formelle pour employer les vaso-moteurs. On a surtout vanté l'action de la quinine; le malade prendra par jour deux cachets de 0 gr. 30 de chlorbydro-sulfate de quinine, environ vingt jours par mois. Dans le même sens, on peut associer l'action des vaso-moteurs et M. Brocq donne les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Chlorhydro-sulfate de quinine | 0 gr. 05 |
| Ergotine | 0 — 05 |
| Extrait de belladone | 0 — 001 |
| Extrait de gentiane | 0 — 05 |
| Excipient et glycérine, q. s. pour 1 pilule. | |

Prendre 6 à 8 pilules par jour.

Mais surtout, l'hygiène générale entre pour une grande part dans le traitement. Comme dans toutes les dermatoses, il faut surveiller le régime alimentaire, prendre garde aux troubles digestifs, recommander aux malades de manger extrêmement lentement, leur conseiller, à la fin du repas, de prendre une infusion chaude; surtout chez les femmes, il faut s'assurer qu'il n'existe pas de troubles utérins qui sont capables, à eux seuls, d'entretenir la congestion faciale et le lupus érythémateux lui-même.

*Traitement local.* — Les méthodes les plus variées ont été proposées. Le traitement du lupus érythémateux est si souvent décevant qu'il faut savoir varier les procédés et avoir à son actif un bagage thérapeutique relativement considérable.

Il est encore une fois nécessaire de séparer les formes et étudier successivement les traitements de l'érythème centrifuge et du lupus érythémateux fixe.

*Traitement local de l'érythème centrifuge.* — Dans les formes congestives de l'érythème centrifuge et dans les poussées inflammatoires suraiguës qui se produisent à certaines périodes de cette affection, il ne faut pas instituer un traitement local énergique qui aggraverait le mal. Il faut se contenter de faire des applications d'axonge fraîche, de cold-cream, de vaseline pure, de glycérolé d'amidon. Lorsque l'inflammation est dissipée, on a recours à des topiques faibles, pommades à l'oxyde de zinc salycilé, à la résorcine, à l'acide pyrogallique.

M. Brocq, dans les formes communes d'érythème centrifuge, recommande particulièrement un topique qui lui a donné des résultats constants, c'est le savon noir de cuisine. Pour s'en servir d'une manière efficace, il faut le débarrasser de ses impuretés, puis on le délaie dans de l'alcool camphré; on l'étale ensuite sur un morceau de flanelle, un peu plus grand que la lésion que l'on a à traiter. On applique cet emplâtre pendant toute la nuit. Pendant le jour, on applique une pommade à la résorcine, à l'acide tartrique, la pommade suivante, par exemple :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 0 gr. 25 |
| Oxyde de zinc | 8 grammes |
| Vaseline pure | 12 — |

On recommence chaque soir les applications de savon noir jusqu'à irritation (sans production d'escarres), on calme alors les téguments par des applications de cérat ou de cold-cream. Quand les téguments ne sont plus irrités, on reprend le savon noir.

A côté du savon noir, on peut employer les acides salicylique ou pyrogallique, ces deux substances pouvant être associées :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 1 gramme |
| Acide pyrogallique | 2 grammes |
| Lanoline | 10 — |
| Vaseline | 10 — |

L'acide phénique neigeux est également un bon caustique; on peut l'employer solubilisé par un peu de glycérine et d'alcool ou mieux encore le mélange :

| | |
|---|---|
| Acide phénique neigeux | Parties égales |
| Hydrate de chloral | — |
| Teinture d'iode fraîche | — |

La teinture d'iode fraîche, employée pure ou coupée d'alcool à 60°, l'acétone iodé (iode métallique 4 grammes, acétone 10 grammes), la vaseline iodée, sont d'excellentes préparations qui peuvent donner de bons résultats. Quel que soit le caustique que l'on emploie, il ne faut s'en servir qu'avec la plus grande circonspection car chez certains sujets à lésions très irritables, il faut savoir interrompre dès que la réaction provoquée est très forte.

Dans les formes peu irritables et dans les formes s'accompagnant d'infiltration profonde, les scarifications linéaires quadrillées sont particulièrement indiquées : celles-ci doivent être superficielles et très rapprochées les unes des autres. Les scarifications seront répétées tous les huit jours. Dans l'intervalle des scarifications on applique soit de l'emplâtre rouge de Vidal, soit de l'emplâtre de Vigo, soit de la teinture d'iode fraîche.

D'autres procédés ont encore été préconisés : la cautérisation au fer rouge, la congélation par le chlorure d'éthyle.

MM. Brocq et Bisserié sont les premiers qui ont traité les érythèmes centrifuges par les courants de haute fréquence avec de bons résultats. Les avantages de cette méthode sont : son indolence relative, la beauté des cicatrices; malheureusement le traitement est long, vingt-cinq à soixante-dix séances et plus.

*Traitement local du lupus érythémateux fixe.* — Le traitement du lupus érythémateux fixe se rapproche beaucoup de celui du lupus vulgaire. Le raclage, les scarifications linéaires quadrillées, les cautérisations au fer rouge ou mieux au galvanocautère, en dépassant toujours les limites du mal, sont les procédés que l'on emploie le plus habituellement. La photothérapie et la radiothérapie ont été également préconisées; mais il faut agir avec beaucoup de prudence, espacer les séances, car souvent les réactions sont violentes. Dans les formes peu infiltrées, on peut employer les caustiques comme dans l'érythème centrifuge.

Enfin, il est un dernier procédé qui a été particulièrement vanté dans ces derniers temps : c'est le traitement par l'acide carbonique liquide. On recueille, au sortir de l'obus, dans une peau de chamois, la neige carbonique, et on la comprime dans un tube en verre, ouvert à ses bouts. On applique l'extrémité du tube qui contient l'acide carbonique sur toute l'étendue de la surface malade, en laissant en contact chaque point pendant dix à vingt secondes. Il se produit une phlyctène et une escarre qui guérit en deux semaines environ, laissant une cicatrice blanche, mince et souple; ces applications ne sont presque pas douloureuses. On traite ainsi successivement et par fragments toute l'étendue de la région malade et l'on obtient la guérison au prix d'une cicatrice peu visible.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Ulcère duodénal, son traitement chirurgical**, par le Dr Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et le Dr Victor Pauchet, d'Amiens, professeur suppléant de clinique chirurgicale, chirurgien des hôpitaux. (XXIIIe Congrès de chirurgie).

Deux périodes se partagent l'histoire de l'ulcus duodénal.

Dans la première, purement médicale, un nom domine, celui de *Bucquoy* ; avant lui, ce ne sont que des observations éparses de complications ou des découvertes d'autopsie.

En 1887, *Bucquoy* publie son mémoire dans les *Archives Générales de Médecine*. Pour la première fois, il fait le diagnostic de 5 cas rien que par les symptômes ; la vérification est faite à l'autopsie. *Moynihan* lui rend ainsi justice dans son livre : « *Bucquoy* was the first physician to suggest the possibility of the diagnosis being made during the life of the patient. ».

La thèse de Henri Collin, en 1894, constitue l'un des documents les plus importants de cette période ; elle s'appuie sur 279 cas, dont 5 personnels.

En 1893, Codivilla avait déjà pratiqué une gastro-entérostomie pour sténose duodénale, inaugurant ainsi la période chirurgicale qui ne s'ouvre vraiment qu'en 1900 dans le rapport de Weir, à l'American Surgical Association et la première étude de *Moynihan* (de Leeds).

Depuis cette époque les nombreuses inter-

ventions des *F. Mayo* (de Rochester), de Mayo-Robson (de Londres), les patientes recherches de Codman (de Boston), les observations et les communications de *Moynihan* jettent sur la pathologie et le traitement de l'ulcère duodénal une lumière si vive que nul praticien n'a aujourd'hui le droit de méconnaître son aspect clinique.

Les ulcérations duodénales peuvent être primitives, c'est-à-dire survenir sans causes appréciables, ou secondaires et se développer au cours des toxémies et toxi-infections.

Ces ulcérations secondaires, véritables duodénites ulcéreuses (René Gaultier) ont une allure aiguë qui évolue rapidement, soit qu'elles aboutissent à la cicatrisation ou provoquent la mort par hémorragie ou perforation. La lésion est généralement méconnue au lit du malade. Les signes par lesquels elle pourrait se manifester restant masqués jusqu'à l'autopsie par les symptômes de la maladie causale.

Ces ulcères secondaires sont consécutifs aux brûlures, à l'urémie, à certaines infections du nouveau-né et aux toxi-infections les plus diverses ; érysipèle, anthrax, phlegmon, infection urinaire, pneumonie, diphtérie, variole, étranglement herniaire, appendicite, infection opératoire.

L'ulcère simple, primitif, présente une marche lente, chronique, interrompue par des intervalles de guérison complète, réveillée ensuite sous forme d'attaques, de crises ou de poussées subaiguës. C'est l'ulcère classique. Il n'est le plus souvent reconnu qu'à l'éclosion d'une complication : hémorragie, perforation aiguë, abcès, sténose. Cet ulcère est le seul qui, réellement, intéresse le chirurgien.

L'ulcère simple du duodénum est-il une rareté, sans doute digne d'intérêt, mais en somme réduite à une simple curiosité pathologique ? ou est-il, comme le veulent nos collègues d'outre-Manche et d'outre-mer, d'une fréquence comparable à celle de l'appendicite et supérieure à celle de l'U. gastrique ? Il y a une telle divergence, entre les opinions des chirurgiens anglo-saxons et celle des confrères d'autres pays, que cette question de la fréquence de l'U. D. doit être tranchée dès le début de notre rapport.

En Angleterre et dans l'Amérique du Nord, l'U. D. est diagnostiqué au lit du malade; il est vérifié à l'opération, ou à l'autopsie ; il est considéré comme fréquent. Cette fréquence paraît indiscutable à l'analyse des observations. Nous avons pu nous-même en vérifier la réalité en allant, à Leeds, voir opérer Moynihan, que nous ne saurions trop remercier de son bienveillant accueil et des renseignements oraux et bibliographiques qu'il nous a fournis.

Ce fait est donc indéniable : en Angleterre, dans l'Amérique du Nord, l'U. D. est fréquent. Mais est-il rare en France, comme il le serait dans les autres pays d'Europe ? La question vaut la peine d'être fouillée.

Notre conviction intime, basée sur l'étude approfondie des nombreux cas qui nous ont été apportés, est que l'U. D. est le plus souvent méconnu chez nous, qu'il est beaucoup plus fréquent que nous le pensons, et que, le plus souvent, — au grand dommage du malade, — nous ne savons pas le diagnostiquer.

Disons de suite que René Gaultier, qui vient de publier un livre remarquable sur les maladies du duodénum, ne croit pas à sa grande fréquence. Pendant quatre ans, il a ouvert le duodénum dans toutes les autopsies qu'il a pratiquées : il n'a jamais vu trace d'U. D. Mathieu, dans sa collection d'U. digestifs, n'a pas un seul cas d'U. D.

Mais nous sommes en droit de nous demander si nos collègues ont employé une méthode précise pour rechercher l'U. D. sur les pièces anatomiques. Codman (de Boston) qui, il y a quelques années, croyait à la rareté de l'U. D., en rechercha la trace sur des pièces pathologiques provenant d'opérations ou d'autopsies; or, il a pu trouver, sur des duodénums en apparence sains, des cicatrices fibreuses, reliquats d'anciens U., où la musculeuse duodénale avait complètement disparu ; il a pu constater que, sur nombre de pièces provenant de pylorectomies et cataloguées « sténoses pyloriques », il y avait une erreur d'interprétation et que le point de départ du rétrécissement cicatriciel était un U. D.

Plus nous nous sommes avancés dans l'étude de notre rapport, plus nous avons acquis la conviction que nous ne savions pas en France reconnaître l'U. D. En effet, dans tous les documents que nous avons recueillis chez nous et dont nos collègues français nous ont si gracieusement envoyé la communication, il n'est pas d'U. qui ait été diagnostiqué par les troubles fonctionnels qu'il occasionnait. Toutes ou presque toutes les observations qui nous ont été adressées par eux ne portent que sur des complications de l'U. : hémorragie, péritonite, perforation, abcès sous-phrénique, etc. Mais d'observations d'U. reconnu par des symptômes propres, aucune.

Singulière maladie serait celle qui n'existerait que par ses complications. Que dirions-nous d'un médecin qui ne reconnaîtrait la tuberculose qu'à ses hémoptysies, et la fièvre typhoïde qu'à ses perforations intestinales ? Ici le cas est le même. Nous ne connaissons l'U. D. que par ses complications. Nous devons donc conclure que nous ne le connaissons pas.

A quoi tient cette ignorance de la question ? Aux raisons suivantes :

1° Les chirurgiens qui opèrent un gastropathe ne cherchent pas à faire un diagnostic anatomique précis. Le pylore n'est pas repéré. Il leur est indifférent qu'une perforation, un U., une cicatrice ait son point de départ en deçà ou au delà du pylore. La plupart des observations signalent le siège de la lésion par cette phrase imprécise : au niveau du pylore.

2° L'exploration du duodénum est faite par une laparatomie médiane. L'incision se trouve donc éloignée de la région duodénale, qui est mal examinée.

3° L'U. D. n'est pas reconnu à l'autopsie par les médecins. Fort peu ouvrent le duodénum systématiquement, et quand celui-ci est ouvert, ils se contentent de l'explorer à l'œil nu. Or, Codman a démontré qu'un U. D. guéri ne laisse aucune trace ni sur la séreuse, ni sur la muqueuse dont l'épithélium et même les glandes sont reconstituées; seule la souche musculaire présente une perte de substance représentée par du tissu fibreux reconnaissable au microscope.

4° Les symptômes de l'U. D. sont mal connus et généralement attribués aux affections les plus diverses : U. gastrique, hyperpepsie, dyspepsie, hypersténique, syndrome de Reichmann, hyperchlorhydrie, appendicite chronique, névrose gastrique, anémie pernicieuse, rhumatisme, cholécystite, neurasthénie, etc., de sorte que le malade continue à vivre consolé par un diagnostic et résigné à son sort, jusqu'au jour où il meurt d'une complication ou de vieillesse prématurée.

Que faut-il donc pour que nous arrivions à connaître la fréquence absolue de l'U. D. ?

A. — Il faut que les médecins qui soignent les dyspepsies se donnent la peine de serrer de près le diagnostic et de le compléter par un examen coprologique et la recherche du sang occulte. L'exploration à l'aide du fil de soie de Einhorn n'est peut-être pas à dédaigner (voir plus loin).

B. — Il faut que le chirurgien incise l'abdomen à droite et non sur la ligne médiane et qu'il donne plus d'importance à l'exploration de l'estomac, du duodénum et des organes voisins après avoir scrupuleusement repéré le pylore à l'aide de la « pyloric vein » (fig. 3).

C. — Il faut que, dans les cas d'abcès sous-phréniques, lombaires ou iliaques, le chirurgien sache qu'une perforation duodénale peut en être le point de départ.

D. — Il faut qu'en présence d'une péritonite aiguë par perforation, le chirurgien pense à la fréquence de la perforation duodénale et n'accepte le diagnostic d'appendicite que si l'appendice est nettement vu gangrené ou perforé.

E. — Il faut que, sur toutes les pièces provenant d'une résection gastro-pylorique, l'anatomo-pathologiste recherche si le point de départ n'est pas un U. D., surtout dans les cas de sténoses cicatricielles pures.

F. — Il faut, au cours des autopsies, ouvrir systématiquement le duodénum, conserver cet organe et pratiquer des coupes histologiques de sa première portion pour rechercher, dans la couche musculaire, s'il n'y a point de traces d'U. D. guéri.

Peut-être, d'ailleurs, la divergence qui nous sépare des chirurgiens anglo-saxons est-elle plus apparente que réelle. C'est que, en effet, nos points de repère ne sont point les mêmes. Le nôtre est bien imprécis puisque nous le plaçons au pylore reconnu par un palper plus ou moins rapide. Il est probable que nous appelons U. pylorique, juxta-pylorique, gastrique, des U. qu'ils appellent duodénaux, et voici pourquoi. La limite pyloro-duodénale est établie d'une façon précise par nos collègues anglo-saxons par la présence d'une anastomose veineuse qui constitue la limite exacte du pylore ou, plus exactement, correspond au versant gastrique de cet anneau musculaire. D'après eux, tout ce qui est à droite de cette veine (fig. 3) « pyloric vein » est duodénal ; tout ce qui est à gauche est gastrique. Or, nous n'utilisons jamais ce point de repère. Il est donc possible que nombre d'U. diagnostiqués et catalogués chez nous comme U. gastriques soient, chez nos voisins, étiquetés U. D. Il n'y a peut-être, dans nombre de cas, qu'une simple différence de terminologie.

Il serait intéressant de comparer la fréquence de l'U. D. avec deux affections abdominales souvent diagnostiquées par les médecins et chirurgiens et avec lesquelles l'U. D. peut être confondu : l'U. gastrique et l'appendicite.

La grande fréquence de l'ulcère gastrique est surtout démontrée depuis que Mathieu, ainsi que ses élèves Soupault, J. C. Roux, etc., conseillent d'avoir recours à l'examen coprologique systématique pour la recherche du sang occulte dans les fèces, au cours de toutes les dyspepsies de certaine importance. Cette fréquence est également prouvée depuis que l'examen macroscopique et histologique des pièces provenant de gastro-pylorectomies montre que la majorité des cancers gastriques sont développés sur des ulcus simples chroniques, pour la plupart restés inaperçus et non diagnostiqués pendant la vie.

L'U. gastrique est donc une affection très fréquente, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait jadis.

Nous devons également nous demander si nombre de cas rangés dans le chapitre des appendicites suraiguës ne sont pas des U. perforants du duodénum ou de l'estomac ?

Codman (de Boston) a cherché à établir la proportion relative des U. D. et des appendicites, d'après son expérience personnelle et celle de ses collègues du même hôpital.

Il a établi que, sur les 100 premiers cas où il est intervenu sans songer à la possibilité d'U. D., il n'a pas rencontré un seul cas de perforation duodénale ; mais, dans les 100 derniers, chez lesquels il est intervenu avec connaissance de la question, il a constaté 6 U. D. perforants pris pour des appendicites. La proportion serait donc de 6 p. 100.

« Je pense, dit Codman, que, dans le passé et même dans le présent, nous avons opéré des cas

semblables supposant qu'il s'agissait d'une péritonite appendiculaire et que nous avons enlevé l'appendice, véritable « bouc émissaire » (scapegoat) parce qu'il était enflammé et couvert de fibrine : les malades ont vécu ou sont morts sans qu'on ait songé à rechercher la perforation duodénale.

Là est peut-être la vérité. Quel est celui d'entre nous qui, en présence d'une collection suppurée de la fosse iliaque droite, s'est enquis si l'origine de cette infection pouvait remonter au duodénum ? Si le malade meurt, l'autopsie est rarement faite, et, si elle est faite, bien exceptionnellement elle est dirigée du côté du duodénum ; l'appendice, baignant dans le pus et forcément altéré, est considéré comme l'origine même de l'abcès péritonéal. Si, à la suite d'une incision, ce malade guérit, nulle vérification n'est faite.

D'ailleurs, dans les observations qui nous ont été adressées par les confrères, la plupart des U. D. perforants ont été pris pour des appendicites ou même pour de l'occlusion intestinale. La vraie cause n'a été reconnue que dans la suite, au cours de l'opération et souvent par l'autopsie.

Comme *conclusion* nous dirons que l'U. D. est beaucoup plus fréquent que nous le pensions. Non seulement nous ignorons ses symptômes propres, mais les complications par lesquelles il se révèle sont souvent et à tort attribuées à des lésions étrangères : U. gastrique ou appendicite.

*Sexe.* — Contrairement à ce qu'on observe pour l'U. stomacal, le sexe masculin est le plus prédisposé à l'U. D. que le sexe féminin. L'U. D. est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme, alors que l'U. gastrique est deux fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Cette différence tient peut-être à ce que l'hygiène alimentaire de l'homme est plus défectueuse ; l'usage du tabac, l'abus de l'alcool, la tachyphagie sont en effet plus fréquents dans le sexe masculin.

*Age.* — Parmi les 186 malades opérés de 1900 à 1908 et dont Moyniham a publié les observations, le plus jeune était âgé de dix-sept ans et le plus vieux de soixante-sept. La plupart des opérés étaient âgés de trente à cinquante ans. L'U. D. s'observe à tous les âges, même chez les enfants et les nouveau-nés.

*Pathogénie.* — Les théories destinées à expliquer la formation de l'U. D. sont nombreuses et quelques-unes contradictoires. Nous les avons toutes étudiées. Aucune ne nous a paru pleinement satisfaisante.

Deux troubles physiologiques nous ont paru constants ; d'autre part, l'hyperacidité gastrique, d'autre part l'insuffisance du foie et du pancréas.

L'hyperacidité gastrique est produite soit par l'excès d HCl, soit par la présence des acides de fermentation. L'hyperchlorhydrie est en effet loin d'être constante ; souvent la quantité d'HCl est normale ou même diminuée.

L'insuffisance hépatique est prouvée par l'indicanurie ; et l'insuffisance pancréatique par la digestion incomplète des graisses, révélée à l'examen des fèces.

Normalement, le suc gastrique est toujours acide et neutralisé, dans le duodénum, par le contenu alcalin de ce dernier. Sous l'influence de l'exagération de l'acidité d'une part et de l'insuffisance des sécrétions alcalines d'autre part, la muqueuse duodénale se laisse éroder, ulcérer, digérer par le contenu gastrique. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable.

## RESUME

I. — L'U. D. peut être primitif, c'est-à-dire survenir sans causes apparentes, ou secondaire et se développer au cours des toxémies et toxi-infections.

Les *U. secondaires* sont consécutifs aux brûlures, à l'urémie, à certaines infections des nouveau-nés (melæna neonatorum) et à des toxi-infections diverses : érysipèle, anthrax, phlegmon, infection urinaire, pneumonie, diphtérie, variole, étranglement herniaire, appendicite, infection opératoire. Ils revêtent une allure aiguë qui, rapidement, aboutit à la cicatrisation ou provoque la mort par hémorragie ou perforation. La lésion est généralement méconnue pendant la vie ; aucune opération n'a jusqu'à présent été tentée. Ils n'offrent donc, au point de vue chirurgical, aucun intérêt.

*L'U. primitif* chronique (ou U. simple est la forme classique qui seule fait l'objet de ce rapport.

II. — Deux périodes se partagent l'histoire de l'U. D. L'une médicale, dans laquelle domine le nom de *Bucquoy* (1887), et l'autre, chirurgicale, qui commence en 1900 avec les opérations et les travaux de *Moyniban*, *Mayo-Robson* et des frères *Mayo*.

III. — L'U. D. se rencontre trois fois plus souvent chez l'homme que chez la femme et se développe surtout de vingt-cinq à cinquante ans.

*Quelle est sa fréquence absolue?* — Est-ce une rareté pathologique, comme le pensent nos collègues français et allemands, ou est-il fréquent, comme le déclarent les Anglo-Saxons ? Il résulte de nos recherches et des opérations que nous avons vu pratiquer en Angleterre que l'U. D. est fréquent dans le Royaume-Uni et en Amérique, que là il est diagnostiqué au lit du malade et vérifié par l'opération.

Notre conviction est que si nous ne voyons pas plus souvent d'U. D. en France c'est que nous ne savons pas le diagnostiquer.

En effet, la presque totalité des observations qui nous ont été adressées par nos collègues français ou allemands relatent des cas où le diagnostic a été posé sur le lit d'opérations ou sur la table d'autopsie. Ces malades ont succombé ou ont été opérés à la suite d'une complication : sténose, hémorragie, abcès péri-duodénal, perforation aiguë. Très souvent même le diagnostic n'a point été fait au cours de la laparotomie, mais seulement à l'autopsie. L'U. D n'est donc reconnu, en France qu'à l'occasion d'une complication. Que dirions-nous d'un médecin qui ne poserait le diagnostic de tuberculose pulmonaire que grâce à l'hémoptysie, et celui de fièvre typhoïde que d'après une perforation intestinale ? Nous pouvons donc conclure que nous ne savons pas faire le diagnostic de l'U. D. et cette ignorance tient aux raisons suivantes :

*a*) Le chirurgien, au cours de son opération, ne fait pas un diagnostic anatomique précis, car il ne sait pas ou ne pense pas à repérer exactement le pylore.

*b*) La laparotomie est faite médiane. Cette incision se prête mal aux explorations du duodénum dont la lésion passe inaperçue.

*c*) Le médecin ne sait pas reconnaître l'U. D. à l'autopsie. Cette lésion ne laisse souvent de trace que dans la musculeuse, qui n'est point examinée.

*d*) Les sujets porteurs d'U. D. sont étiquetés : dyspepsie hypersténique, maladie de Reichman, hyperchlorhydrie, appendicite chronique, neurasthénie gastrique, anémie pernicieuse, cholécystiste, grastralgie rhumatismale. Le malade, consolé par un diagnostic, se résigne à son sort jusqu'au jour où il meurt d'une complication ou de vieillesse prématurée.

Il faut, pour que nous connaissions la fréquence absolue de l'U. D. :

A. — Que les médecins serrent de près le diagnostic des dyspepsies, qu'ils complètent leur examen par une analyse coprologique et fassent opérer un grand nombre de gastropathes chroniques correspondant aux diagnostics énumérés ci-dessus.

B. — Que les chirurgiens incisent l'abdomen à droite de la ligne médiane et explorent systématiquement l'estomac, le pylore, le duodénum, la vésicule et le pancréas.

C. — Que, dans les cas d'abcès sous-phréniques, iliaques, lombaires, voire pelviens, le chirurgien sache qu'une perforation duodénale peut en être le point de départ.

D. — Qu'en présence d'une appendicite perforante aiguë le chirurgien pense à la fréquence de la perforation duodénale et ne pose le diagnostic d'appendicite que si l'appendice est nettement vu gangrené et perforé.

E. — Que, sur les pièces provenant d'une résection gastro-pylorique, l'anatomo-pathologiste recherche si le point de départ n'est pas un U. D.

F. — Qu'au cours des autopsies, le duodénum soit toujours ouvert et que des coupes histologiques de la première portion permettent de rechercher, dans la musculeuse, les traces d'U. D.

Peut-être d'ailleurs qu'un grand nombre d'U. D. étiquetés par nous pyloriques ou stomacaux sont considérés par les chirurgiens anglo-saxons comme duodénaux. Nos collègues étrangers recourent en effet à un repère précis et exact : la petite veine pylorique (pyloric vein). Cette anastomose veineuse parcourt de haut en bas la face antérieure du segment gastro-duodénal et correspond exactement au pylore, au niveau de son versant gastrique. Elle existe dans la très grande majorité des cas. Tout ce qui est à droite de ce vaisseau est duodénal, tout ce qui est à gauche est gastrique. Il n'y a donc peut-être, dans un grand nombre de cas, qu'une différence de terminologie.

Si on compare la fréquence de l'U. D. avec deux affections communes de l'abdomen ; l'U. gastrique et l'appendicite, on peut conclure avec Mayo-Robson, Codman et les F. Mayo que l'U. D. est deux fois plus fréquent que l'ulcus gastrique. D'après Codman 6 p. 100 des sujets opérés pour péritonite d'origine appendiculaire sont atteints d'une perforation duodénale. La vraie cause n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie.

IV. — *Anatomie pathologique.* — L'U. D. siège dans 95 p. 100 des cas sur la première portion du duodénum, généralement tout près du pylore et sur la paroi antérieure.

A l'ouverture du ventre l'U. D. présente l'aspect suivant : c'est une cicatrice blanchâtre (white scar) ou une zone piquetée rouge dont les dimensions varient du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de deux francs. Il est tantôt libre, tantôt adhérent aux organes voisins : vésicule, foie, pancréas.

Au palper : l'U. D. peut être saisi entre les doigts et donner l'impression d'une pièce de monnaie très épaisse, incrustée dans la paroi duodénale. L'index introduit par derrière perçoit un cratère dans lequel l'extrémité du doigt pénètre facilement. Dans les vieux U. D. cicatrisés, le duodénum peut être étranglé par une cicatrice fibreuse circulaire, prendre la forme d'un sablier, présenter un diverticule, un cul-de-sac au niveau de son bord inférieur ou s'enrober d'une masse inflammatoire volumineuse simulant une tumeur.

Vu du côté de la cavité duodénale, l'U. présente tous les caractères de l'U. simple de l'estomac avec son cratère, ses bords surélevés, tantôt tombant à pic ou descendant en forme de gradins. Le fond, lisse ou inégal, jaunâtre ou brunâtre, est constitué soit par la sous-muqueuse, soit par la musculeuse, soit par la séreuse, soit par un organe voisin, quand les tuniques ont été détruites. Au début, il peut apparaître dans les plis radiés de la muqueuse qui couvre le versant duodénal du pylore et présente l'aspect d'une fissure à l'anus.

L'U. guéri ne laisse pas de trace sur la muqueuse, ni la séreuse ; seul, le microscope révèle dans la musculeuse une perte de substance, comblée par du tissu fibreux.

L'U. est généralement unique ; dans 15 p. 100 des cas, il est multiple.

Les organes voisins peuvent être intéressés par l'U. D. ou compris par son processus destructif : étranglement ou ulcération du cholédoque ; thrombose de la veine porte ; érosion et destruction du pancréas ; ulcération et suppuration du foie qui forme le fond de l'U. D.; adhérence à la vésicule biliaire qui peut se perforer ; érosion et rupture des vaisseaux sanguins qui donnent lieu à des hémorragies graves. parfois foudroyantes.

V. — La maladie n'est généralement reconnue qu'à l'occasion d'une complication : hémorragie, sténose, perforation, et non par les symptômes. Ceux-ci suffisent pourtant aux chirurgiens anglo-saxons pour poser le diagnostic au lit du malade dans la majorité des cas.

Phénomènes douloureux. — La douleur apparait deux ou trois heures après le repas; elle cesse quand le malade prend de la nourriture et reparaît dès que l'estomac se vide ; d'où le terme de « douleur de la faim » (hunger pain) donné par Moynihan. Cette « hunger pain » apparait vers quatre heures du soir ou vers minuit, aussi le malade place-t-il à sa portée un biscuit ou du lait pour répondre aux appels douloureux de l'estomac. Cette douleur s'accompagne parfois de sialorrhée, et peut se calmer par la pression épigastrique.

Etat de l'appétit. — L'appétit est généralement conservé. L'alimentation amène un soulagement momentané, aussi l'état général peut-il rester longtemps satisfaisant.

Vomissements. — Ils sont rares tant qu'il n'y a pas de sténose.

Intermittence des crises. Le sujet présente des périodes de bonne santé alternant avec des crises ; ces intervalles caractéristiques peuvent durer des mois ; pendant ce temps le malade n'éprouve qu'un léger malaise ; certaines causes extérieures paraissent influencer leur retour ; froid, humidité, écarts de régime, surmenage.

Sensibilité épigastrique.—Le palper ne révèle pas toujours une zone sensible. Quand elle existe, elle siège soit sur la ligne médiane, soit à droite et au-dessus de l'ombilic ; elle s'accompagne souvent d'une certaine rigidité défensive du muscle grand droit.

Hyperacidité gastrique.— Le malade se plaint de pyrosis, de brûlure à l'estomac, de régurgitations liquides acides souvent abondantes. Cette hyperacidité est purement clinique, car le tubage montre que la quantité d'HCL peut être normale, parfois même diminuée. Ces régurgitations acides sont dues au spasme du pylore et de l'estomac qui chasse le contenu gastrique, de l'œsophage.

Hémorragies. — L'hémorragie peut être visible et sa traduire sous forme d'hématémèse ou de melæna; c'est là non un symptôme, mais une complication. Le diagnostic aurait dû être posé, avant son apparition. L'hémorragie est le plus souvent occulte et se révèle à l'examen chimique des selles.

Obscurité des symptômes. — Souvent le patient ne consulte le médecin qu'à l'occasion d'une complication ou d'un symptôme traduisant le stade déjà avancé d'une lésion ancienne : hématémèse, melæna, stase gastrique, vomissements, hyperchlorhydrie tenace, etc. Souvent même le diagnostic n'est posé qu'au cours d'une laparotomie ou sur la table d'autopsie. On pourrait conclure que les symptômes de l'U. D. sont vagues et que l'affection présente une longue période latente. Il n'en est rien. Il suffit d'interroger le malade, avec soin, sur ses antécédents, pour retrouver les symptômes caractéristiques de l'U. D. S'il ne les accuse pas d'une façon formelle, c'est qu'il les subit avec résignation depuis plusieurs années et qu'il s'est accoutumé à souffrir d'une façon modérée.

VI. — *Le diagnostic* se fait d'après les anamnestiques qui suffisent le plus souvent : il s'agit d'un homme de vingt-cinq à cinquante ans, traité depuis des années pour névrose gastrique ou hyperchlorhydrie et présentant les phénomènes suivants : douleur deux à quatre heures après les repas ; faim douloureuse calmée par une nouvelle prise de nourriture ; accidents survenant par périodes de plusieurs mois et succédant à des intervalles de guérison apparente. Quand ces symptômes existent avec cette netteté, l'opération révèle habituellement l'existence d'un U. D. Toutefois, comme le diagnostic a pu parfois se trouver en défaut, il est bon de l'étayer sur l'exploration directe, voire par le cathétérisme duodénal, « l'exploration par l'imprégnation du fil » de Einhorn et l'examen coprologique.

*L'examen coprologique* (René Gaultier) comprend deux temps : a) Recherche de sang occulte par le réactif de Weber ou de Meyer. b) L'analyse chimique et histologique des fèces après un repas d'épreuve. Ce repas se compose de viande, de beurre et de féculents. Il est délimité par un cachet de carmin pris avant et après l'ingestion des aliments. L'examen chimique et microscopique révèle :

1° La non-digestion des graisses et leur absence du dédoublement (René Gaultier).

2° La persistance des noyaux dans les fibres musculaires (Schmidt).

3° La présence des grains d'amidon non digérés (Stovel et Binet).

Nous ne possédons pas un seul signe pathognomonique de l'U. D., mais les éléments de diagnostic que nous avons déjà nous permettent de le reconnaître dans la grande majorité des cas.

VII. — *La perforation* de l'U. D. est une complication fréquente. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

*Aiguë*, elle correspond à un orifice large, sur un estomac plein d'aliments ou de sécrétions ; de sorte que d'emblée le péritoine se trouve inondé de liquide septique, ce qui rapidement produit une péritonite diffuse mortelle.

*Subaiguë*, elle correspond à une plaie petite et à un estomac vide, de sorte que le liquide épanché en faible quantité est immédiatement limité par les adhérences. La perforation est obturée par un tampon épiploïque ou un organe voisin : une barrière d'adhérences s'élève rapidement. L'infection aboutit souvent à la formation d'un abcès.

*Chronique*, elle est précédée par la formation d'adhérences qui unissent le duodénum aux organes voisins, il peut en résulter une fistule, ou simplement une péritonite plastique avec adhérences consécutives.

La perforation d'un U. D. s'annonce par une douleur brusque « angoissante », terrible, en « coup de poignard ». (Dieulafoy). Cette douleur est si violente qu'elle peut provoquer la mort subite. L'abdomen est contracturé, tétanisé dans toute son étendue. La respiration est courte par contracture du diaphragme. La rigidité abdominale est plus accentuée dans le flanc droit et l'hypocondre droit.

S'il s'agit d'une perforation subaiguë, au bout de quinze à vingt heures, le ventre s'assouplit et les phénomènes s'amendent. Si la perforation est aiguë, le ventre se ballonne, la péritonite éclate et la mort survient dans le collapsus. L'opération s'impose d'urgence dans les premières heures. C'est la condition essentielle du succès. Dès que la péritonite est déclarée, la guérison est exceptionnelle.

La perforation aiguë est souvent confondue par le médecin avec l'occlusion intestinale, l'appendicite perforante, la cholécystite calculeuse ou la pancréatite. Le diagnostic est facile ; il suffit d'y penser : l'intensité extrême de la douleur, la prédominance de la rigidité abdominale du côté de l'hypocondre droit et les commémoratifs du malade permettent de faire le diagnostic.

Contrairement à ce qui se passe pour l'ulcère gastrique qui se transforme en cancer dans un très grand nombre de cas, l'U. D. ne subit presque jamais la dégénérescence épithéliomateuse.

Le *traitement* de la perforation aiguë consiste dans la laparotomie latérale, l'enfouissement de l'U. perforé sous deux plans de sutures consolidés par un tampon épiploïque, le drainage de la loge sous-hépatique à l'aide d'un tube et surtout le drainage de Douglas à l'aide d'un drain sus-pubien. Le lavage n'est indiqué que s'il y a des aliments dans le péritoine.

Les soins post-opératoires sont importants ; le sujet sera placé dans la position demi-assise et subira l'injection continue d'eau salée dans le rectum.

Opérée d'une façon précoce, la formation de l'U. D. guérit le plus souvent. Mitchell (de Belfast) a obtenu 16 guérisons su 16 cas; les F. Mayo, 16 guérisons sur 19 cas ; Codman, 7 guérisons sur 8 cas ; Alexander, Miles, 5 guérisons sur 10 cas ; Brewer (de New-York), 4 guérisons sur 5 cas. Par contre, sur 42 cas communiqués par des confrères différents, nous notons 39 morts. Cette statistique lamentable tient à ce que presque tous ces sujets ont été opérés en pleine péritonite, de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'accident. Celui de Riche, qui a guéri, a été opéré six heures après le début.

Les *abcès péri-duodénaux* sont beaucoup plus fréquents que ne semble le faire penser les statistiques qui attribuent à des perforations de l'estomac, du pylore ou de l'appendice un grand nombre d'abcès sous-phréniques qui sont certainement d'origine duodénale.

*L'hémorragie* au cours de l'U. D. se manifeste sous l'un des aspects suivants : a) Sang occulte reconnu par l'examen coprologique ; b) Ecoulement sanguin visible sous forme d'hématémèse ou de melæna, mais sans troubles généraux graves ; c) Hémorragies profuses avec phénomènes d'anémie aiguë menaçant la vie du sujet. Il va sans dire que chaque fois que le sang se montre dans les selles, quelle que soit sa faible abondance, l'opération s'impose ; mais dans les hémorragies abondantes, faut-il attendre l'hémostase spontanée ou pratiquer l'opération d'urgence ? Le plus souvent, le problème ne se pose pas, car l'hémorragie tue le sujet rapidement par anémie aiguë par l'ouverture d'un gros vaisseau. Si le chirurgien se trouve dans un milieu favorable pour intervenir rapidement, il aura recours à la gastro-entérostomie et à l'enfouissement de l'U. La suture enfouissante comprendra les vaisseaux qui entourent l'ulcération afin d'ischémier cette dernière. Il n'interviendra pas directement sur les vaisseaux qui saignent après ouverture du duodénum.

VIII. — *Le traitement* de l'U. D. chronique est purement chirurgical. Le traitement médical n'amène souvent qu'une guérison momentanée, imparfaite. Le malade atteint d'U. D. mène une existence assombrie par une série de rechutes qui le diminuent au point de vue social, l'astreignent à suivre un régime très sévère et l'arrêtent au milieu de ses occupations. L'U. D. raccourcit l'existence et amène une vieillesse prématurée. Les complications (hémorragie et perforation) sont plus graves que celles qui se montrent dans l'U. d'estomac, parce que plus inopinées, plus subites et plus brutales.

*Tout U. D. reconnu doit être opéré.* — Quel traitement doit être appliqué ? 4 méthodes s'offrent au chirurgien : l'excision, la gastro-entérostomie, la résection et l'exclusion.

A. Excision de l'U. D. — L'excision suivie de suture est applicable aux petits U. non adhérents et accessibles. La suture se fera perpendiculairement à l'axe de l'intestin pour ne point provoquer de rétrécissement.

B. Gastro-entérostomie. — C'est l'opération de choix. Faire la gastro-entérostomie postérieure à suspension verticale, sans boucle, créer un orifice large et situé au point le plus déclive de l'estomac. C'est la condition indispensable pour obtenir de bons résultats fonctionnels et des succès définitifs. En cas d'adhérence de la paroi stomacale postérieure, il faut recourir à la gastro-entérostomie antérieure rétro-colique en Y. En cas d'U. D. de la paroi antérieure, il est bon de compléter l'opération par l'enfouissement de la zone apparente.

C. Résection. — La résection duodénale peut être faite seule ou associée à une résection pylorique. L'opérateur ferme ensuite les deux extrémités duodénales et pratique une gastro-entérostomie postérieure.

D. Exclusion. — Elle consiste à sectionner complètement l'estomac en amont du pylore et à fermer séparément les extrémités pylorique et cardiaque du ventricule. Une gastro-entérostomie postérieure est faite ensuite. Cette opération assure la mise au repos complète du duodénum.

IX. — *Indications.* — D'après les documents publiés ou communiqués à nous directement par des confrères, il résulte que l'indication thérapeutique de l'U. D. s'est posée dans les conditions suivantes :

1° Pour des troubles dyspeptiques persistants généralement qualifiés de dyspepsie hyperacide et menaçant la santé générale du sujet, ou faisant obstacle à la vie normale.

2° Pour des sténoses cicatricielles avec stase gastrique ou vomissements.

3° Pour des hémorragies modérées mais persistantes, ou des hémorragies abondantes.

4° Pour une perforation aiguë ou subaiguë avec ou sans péritonite, suivant que l'intervention avait été tardive ou précoce.

5° Pour une perforation chronique avec péri-duodénite suppurée : abcès sous-phrénique iliaque, lombaire, pelvien.

6° Pour une perforation chronique avec péri-duodénite plastique, adhésive.

7° Pour des complications plus rares : fistules duodénales cutanées, compression du cholédoque ou communication anormale avec un viscère voisin.

Si on étudie de près les observations et les travaux qui nous ont été personnellement communiqués, on est frappé de la différence énorme qui sépare les résultats des chirurgiens ayant une grande expérience de la chirurgie duodénale et les résultats des collègues qui n'ont opéré des U. D. qu'à titre exceptionnel, pour une complication, et le plus souvent *in extremis*.

La première catégorie de travaux et d'observations nous intéresse seule. Les documents épars des cas opérés d'urgence, sans diagnostic préalable, ne nous sont d'aucune utilité, sinon pour nous prouver notre ignorance de la question. C'est ainsi, par exemple, que dans les observations éparses qui nous sont adressées par un grand nombre de collègues, nous trouvons 42 perforations aiguës avec 39 morts. Ces morts sont toutes survenues sur des sujets opérés en pleine péritonite. Nous ne signalerons donc que les statistiques des chirurgiens qui ont une compétence spéciale en la matière et de longues séries d'opérations.

Les F. Mayo ont pratiqué 497 opérations dont 19 pour perforations aiguës. La mortalité est inférieure à 1 p. 100; les guérisons définitives sont de 96 p. 100; quelques-unes remontent à dix-sept ans.

Moynihan a opéré 268 cas d'U. D. Les 146 dernières opérations n'ont pas donné de mort. Il observe 80 p. 100 de guérisons définitives et 10 p. 100 d'améliorations. La mortalité est inférieure à 1 p. 100.

Mayo-Robson a pratiqué plus de 200 opérations pour U. D. avec une mortalité de 2 p. 100.

Dickie (de Middlesbrough) a opéré 25 cas. Cinq fois aucune lésion n'a été constatée. Les autres se décomposent ainsi : un abcès sous-phrénique (1 mort), 10 sténoses cicatricielles (10 guérisons) 3 perforations aiguës (2 morts), 6 U. simples (1 mort).

Brewer a opéré 9 cas : 4 pour U. chronique (guéris) : 5 pour perforations aiguës (1 mort).

Si nous ne notons maintenant que les résultats opératoires pour des perforations aiguës, nous obtenons les renseignements suivants :

Mitchel, 16 interventions, 16 succès.
Les F. Mayo, 19 interventions, 18 succès.
Brewer, 4 interventions, 3 succès.
Miles, 10 interventions, 5 succès.
Codman, 8 interventions, 7 succès.

Les cas d'U. D. opérés pour des troubles fonctionnels simples, c'est-à-dire justiciables de l'excision, de la gastro-entérostomie avec enfouissement ne donnent qu'une mortalité de 1 p. 100 environ.

Les cas de perforation aiguë eux-mêmes donnent de très bons résultats pourvu qu'ils soient opérés dans les premières heures. Des chirurgiens ont une statistique de 100 p. 100 de guérisons.

On peut donc conclure que, dans l'état actuel de nos connaissances, l'U. D. peut être habituellement reconnu au lit du malade, que cette affection menace la vie du sujet par des complications graves, qu'elle raccourcit en tout cas son existence ou diminue sa valeur sociale par les accidents qu'elle provoque.

La faible mortalité que l'opération donne entre les mains des chirurgiens entraînés et sur des sujets non encore cachectiques, doit encourager les médecins à accepter notre opinion actuelle : que le traitement chirurgical est la seule thérapeutique applicable à l'ulcère duodénal.

## REVUE DE GYNECOLOGIE

**Le traitement des déviations postérieures de l'utérus**, par le Dr J.-Ch. Platon, chargé de cours, à l'école de Médecine de Marseille (*La Clinique*).

Ce n'est pas un des plus grands étonnements pour un praticien habitué à soigner de nombreuses déviations utérines que d'entendre les chirurgiens préconiser toujours et presque uniquement contre les déviations postérieures de l'utérus l'acte opératoire.

Longtemps, en France, la ventrofixation apparut à beaucoup comme l'acte nécessaire. Puis cette opération qui offre tant d'inconvénients, parut être délaissée ; on en revint à l'opération d'Alquié que les étrangers appellent opération d'Alexander-Adams, bien qu'elle fût faite pour la première fois par Alquié, de Montpellier.

Grâce à une étude plus serrée des actes physiologiques et mécaniques de l'accouchement, grâce à une analyse plus soigneuse de la pathogénie des déviations et des prolapsus, l'action chirurgicale ne se proposa plus uniquement un traitement de redressement et de fixation.

Le rôle du releveur de l'anus, celui du plancher périnéal dont l'importance est si grande pour le maintien de la statique utérine fut démontré par les accoucheurs et les anatomistes : la chirurgie comprit la nécessité des réparations périnéales et des larges résections des parois relâchées du vagin.

Je ne parle ici que pour mémoire et pour les condamner des opérations inventées par le chirurgien belge Thiriar : les résections cunéiformes de la paroi antérieure de l'utérus me paraissent si contraires à la physiologie utérine, si dangereuses pour l'avenir des malades encore dans une période d'activité génitale que j'ai toujours critiqué devant mes élèves cette ablation d'un coin de la matrice qui laisse une si large cicatrice dans un tissu qui doit, pour la reproduction, conserver son intégrité absolue de constitution histologique.

Lorsque je parcourais l'Allemagne, en 1906, au cours d'une première mission officielle, dans presque toutes les cliniques, le « raccourcissement des ligaments ronds » semblait être l'idéal de la thérapeutique contre les rétrodéviations. A la clinique du célèbre professeur Pfannenstiel, à Giessen, je constatais volontiers que les déviations utérines n'étaient point toutes traitées chirurgicalement, on y concevait la possibilité de déviations sans phénomènes morbides graves, susceptibles d'un traitement médical ou tout au moins d'un traitement de petite gynécologie.

Je dois avouer qu'à côté de cette conception clinique et thérapeutique qui me séduisait, j'assistais à des vaginofixations et à de larges résections des parois antérieures.

Le procédé de vaginofixation de Pfannenstiel a été décrit au Congrès des chirurgiens allemands de Wurtzbourg, en 1904, et consiste à fixer l'utérus rétrofléchi à la paroi postérieure de la vessie et à la paroi antérieure du vagin.

Les vaginofixations ne me séduisent pas davantage que les résections cunéiformes. Toutes ces interventions ne sont acceptables que pour les femmes qui ont dépassé l'âge de la reproduction et chez lesquelles aucun danger ne peut survenir d'un utérus cicatriciel ou d'une matrice immobilisée.

En Allemagne, des esprits pondérés commencent à réagir contre ce qu'ils appellent le « furor operativus », et parmi eux Thorn s'efforce de remettre les choses au point en montrant qu'un grand nombre de déviations utérines sont susceptibles d'un traitement non sanglant.

Longtemps, les anatomistes ont discuté pour savoir quelle était la position normale de l'utérus dans le petit bassin. Actuellement, tout le monde s'accorde, après Testut, à dire que la position normale de la matrice est une légère antéflexion.

Cette faible déviation en avant est modifiée on augmentée selon l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie et de l'intestin. Elle est peut-être sous la dépendance de la contractibilité des ligaments ronds qui me semblent surtout jouer, comme des guides, un rôle de soutien. Elle est influencée aussi certainement par la flexibilité plus ou moins grande de l'isthme de l'utérus.

Toutes les fois que la matrice, dans la position couchée, ne présente plus au palper et au toucher bimanuel cette position antérieure, il y a déviation; si l'utérus plonge en arrière, il y a rétroversion, et s'il est fléchi sur son isthme dans cette position défectueuse, il y a rétroflexion.

Il est nécessaire de savoir qu'il existe un certain nombre de rétrodéviations congénitales. Elles se produisent lorsque la paroi antérieure du vagin trop courte coïncide avec un allongement exagéré du col utérin.

Dans ces cas, le système vasculo-nerveux de l'utérus et des annexes, s'étant développé en même temps que la position anormale, celle-ci reste presque toujours indolore et sans manifestation clinique.

Chez beaucoup de malades, le toucher permet de retrouver le fond de la matrice dans le cul-de-sac de Douglas douloureux et sensible. Un examen plus approfondi des organes pelviens témoigne alors de la présence d'annexites chroniques ou subaiguës ou de tumeurs para utérines.

La rétrodéviation est, dans ces cas, la conséquence des tumeurs de voisinage qui ont entraîné la matrice par leur propre poids dans le cavum, ou l'ont refoulée en arrière par leur développement exagéré.

Il semble superflu d'indiquer qu'alors le médecin ne peut se proposer de traiter tout d'abord la déviation utérine. La thérapeutique active doit

viser tout de suite et uniquement la salpingite suppurée, l'ovarite chronique, le fibrome pédiculé ou le kyste ovarien.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ce diagnostic de salpingite suppurée coïncidant avec la rétrodéviation qu'elle a produite.

Ici, moins que jamais, le médecin ne doit employer comme moyen d'investigation la sonde intra-utérine. Qu'il se garde surtout d'employer les procédés de redressement de Lefour, dont les dangers sont multiples et qui peuvent avoir de désastreuses conséquences en cas de coexistence de grossesse normale ou de grossesse extra-utérine.

Le redressement manuel de cet utérus rétrofléchi n'est pas davantage indiqué car il faut craindre des ruptures de collections voisines avec leurs redoutables complications péritonéales.

La déviation étant secondaire, le traitement sera uniquement annexiel et variera selon la forme clinique de cette affection.

On trouve dans la littérature gynécologique des affirmations étranges. Certains chirurgiens prétendent que des déviations en arrière peuvent être la conséquence d'une chute brutale sur les membres inférieurs ou sur le bassin.

Grâce à la violence extérieure, la matrice, flexible sur son isthme, basculerait en arrière et resterait fixée dans le Douglas !

Je ne nie pas absolument la possibilité de rétrodéviations dans de semblables conditions pathogéniques. Si elles se produisent, elles doivent être passagères et se corriger spontanément. On s'explique mal, en effet, le maintien en arrière d'un utérus normal jusqu'au traumatisme et conservant cette position alors qu'aucune cause suffisante ne l'y maintient. Il n'en est pas de même d'un utérus atteint de métrite et de paramétrite chronique dont le poids a augmenté, dont les ligaments suspenseurs sont déjà compromis, dont les parois postérieures présentent des phénomènes inflammatoires capables de produire de rapides adhérences.

Ces déviations consécutives aux traumatismes sont alors très possibles ; je les ai surtout constatées dans les cas de tumeur fibreuse de l'utérus ou de grossesse des premiers mois. La matrice augmentée de volume s'enclave dans le petit bassin ; il faut pratiquer rapidement le redressement manuel pour amener la correction d'une situation qui peut devenir critique.

Comment se fera le redressement de l'utérus rétrofléchi ? Lorsque toute inflammation aura été combattue par les procédés habituels, on assistera parfois à une correction spontanée par l'usage fréquent de la position genu-pectorale ou par le décubitus prolongé sur le ventre. Si l'emploi de ces positions ne produit aucun effet utile, il faudra tenter le redressement manuel selon la méthode de Schultze ou selon la pratique de Stapfer-Thure Brandt.

Les déviations postérieures de l'utérus sont en majeure partie la conséquence des états puerpéraux antérieurs. Deux grandes causes jouent ici un rôle prépondérant : la non-involution de l'utérus, la perte de l'intégrité périnéale. Les suites de couches pathologiques retardent le retour *ad integrum* de l'utérus augmenté de volume, qui peut ainsi facilement basculer sous son poids dans le cavum de Douglas. Les tiraillements des fibres élastiques du vagin, les écartements et les ruptures des terminaisons du releveur de l'anus, les déchirures du périnée élargissent et relâchent la paroi abdominale inférieure, si je puis désigner ainsi la paroi périnéale ; il n'en faut pas davantage pour que l'utérus bascule en arrière, entraîné par un prolapsus de faiblesse.

Le *traitement prophylactique des rétroversions* est important à connaître. Il doit être une des principales préoccupations du médecin accoucheur, dont le rôle ne doit point se limiter à l'acte obstétrical, mais qui doit songer à l'avenir fonctionnel des organes de son accouchée.

L'involution de l'utérus doit être surveillée et assurée dans le minimum de temps possible. On sait combien elle est entravée par toute infection du post-partum. L'asepsie et l'antisepsie obstétricale sont donc des facteurs importants de la bonne statique utérine.

Dans la majorité des livres d'accouchement, on enseigne aux élèves sages-femmes et aux étudiants que les accouchées ne doivent pas se lever avant le vingt et unième jour. On se demande pourquoi ce triple septenaire fatidique, comme celui qui préside aux cures thermales ! La vérité, c'est qu'à ce point de vue il n'y a qu'une règle : faire lever la femme accouchée le plus tôt possible, si elle n'a pas été touchée par une complication septique ou autre.

Le mouvement, la lactation régulière, le massage de l'utérus et de l'abdomen selon les règles que j'ai fixées dès 1899, permettant de raccourcir singulièrement le séjour au lit des accouchées.

Si l'on désire une formule qui puisse servir d'indication, je dirai : « Faites lever votre accouchée dès que l'utérus aura repris sa forme et sa position normales ». En général, grâce à la méthode de massage et de gymnastique que j'emploie, et qui est très en honneur du reste dans les grandes cliniques allemandes, j'assiste au retour *ad integrum* de l'utérus vers le dixième jour.

Vous pensez bien que la jeune mère bénéficie considérablement de cette activité physique et que ses fonctions de nourrice en sont aussi améliorées.

Les déchirures du périnée, comme toutes les lésions qui portent atteinte à l'élasticité et à la solidité du plancher périnéal, sont les causes capitales des rectocèles et des cystocèles, ces amorces des prolapsus futurs avec appel certain des bascules de l'utérus.

Dès que les « grimaces » du périnée se produisent, il importe au plus haut point que l'accoucheur sache surveiller la sortie de la tête et tout à l'heure celle des épaules et du siège. La célèbre méthode de Varnier doit être connue de tous et appliquée par tous. Ce sera le meilleur moyen de conserver à la femme un périnée intact. J'ai montré déjà toute l'importance de cette région dans la pathogénie des prolapsus utérins dans une étude parue dans ce journal le 8 mars 1907.

Les mêmes causes entraînent ultérieurement des déviations de la matrice et surtout des rétroversions.

La réfection immédiate et soigneuse du périnée déchiré est une conduite qui s'impose tout de suite après l'accouchement. Je sais bien que de nombreuses déchirures se cicatrisent spontanément, même des déchirures étendues jusqu'à l'anus et au delà. J'en ai observé où la cloison recto-vaginale avait été détruite par une tête énorme et dont la réparation s'est faite admirablement par le simple rapprochement des cuisses dans les trois ou quatre premiers jours des suites de couches. Ces cas exceptionnels ne peuvent constituer un encouragement à laisser la nature réparer d'elle-même les dommages subis à la suite d'une sortie brutale d'une présentation trop volumineuse.

De nombreuses rétroversions s'établissent à la suite d'un ancien délabrement du périnée et derrière un prolapsus qui s'amorce. Pour corriger cette situation vicieuse, il n'est qu'un acte important : refaire le plancher périnéal, pratiquer de larges colporrhaphies et de méticuleuses périnéorraphies. Dans les cas trop accentués les réfections de la paroi périnéale seront accompagnées ou précédées du raccourcissement des ligaments ronds qui redressent si bien l'utérus rétrofléchi, mais qui ne paraissent pas capables de le maintenir en bonne situation. Je crois bien qu'une opération d'Alquié, aussi bien faite que possible, ne donnera pas seule de bons résultats dans une rétroversion consécutive à une vieille déchirure du périnée.

Dans ces cas, il faut *redresser*, avec les ligaments ronds raccourcis, il faut surtout *bien maintenir* avec une bonne colpopérinéorraphie.

L'inflammation chronique de l'utérus et du paramètre augmente toujours le volume et le poids de l'utérus qui bascule facilement en arrière. Avant de songer au redressement manuel, il faut parfois se préoccuper uniquement de combattre les phénomènes inflammatoires.

La période aiguë d'une infection microbienne sera traitée avec rigueur par le repos, les injections chaudes, les pansements glycérinés. On se trouvera fort bien, plus tard, de la dilatation progressive et de lavages intra-utérins.

Quand toute période aiguë sera passée, on devra redresser la matrice.

Il n'est aucune méthode qui donne d'aussi bons résultats que le massage gynécologique de Thure Brandt-Stapfer.

Toutes les déviations postérieures que j'ai traitées, où une opération n'était pas nécessitée par l'état du périnée ont été guéries par le massage gynécologique. Celles qui ont résisté à ce traitement, les unes présentaient des adhérences inflammatoires que je n'ai pas essayé de rompre selon la méthode dangereuse de Schultze les autres étaient produites par des tumeurs annexielles suppurées susceptibles, au premier chef, d'une laparotomie.

A côté de ces rétroversions, conséquence d'une métrite ou d'une paramétrite, il existe des déviations en arrière dont l'origine est difficile à trouver et qui entretiennent une congestion permanente dans le petit bassin comme de la stase sanguine dans les parois utérines, de telle sorte que le médecin s'imagine avoir affaire à une inflammation locale.

Si, par le massage de Stapfer, on redresse l'utérus, et si le cours du sang se rétablit, tous les phénomènes douloureux disparaissent avec les troubles locaux de la circulation.

Quelques malades, dont le périnée n'a pas été endommagé par un accouchement antérieur, se trouveront bien du port d'un pessaire. Je dois déclarer qu'en quinze ans de pratique gynécologique, je n'ai eu que cinq ou six cas pour lesquels le pessaire a été une guérison. Il faut souhaiter alors à la femme encore jeune une nouvelle grossesse, afin de voir son utérus reprendre une position normale sous l'influence de l'évolution de l'utérus gravide.

Il est toute une catégorie de déviations qui se produisent au cours de maladies graves, par suite d'un affaiblissement général.

Le traitement médical sera institué avec rigueur pour modifier cet état nutritif défectueux. Les bains salés, le repos, la suralimentation, amèneront les meilleurs résultats que le port d'un pessaire momentané perfectionnera encore.

Pendant la grossesse, l'utérus peut basculer en arrière et s'enclaver.

J'en ai soigné plusieurs cas dans ma clientèle privée, notamment deux très intéressants avec mon maître regretté, le professeur Queirel. Il a suffi alors d'un redressement manuel pour amener une guérison rapide. En cas d'insuccès du redressement, on serait autorisé, pour éviter des phénomènes graves de compression, de pratiquer la laparotomie et de faire la réduction directement.

De toute cette longue énumération, il résulte qu'un très grand nombre d'opérations pratiquées pour les rétroversions sont superflues, puisque cette déviation peut se corriger par des pratiques de petite chirurgie.

Lorsque le périnée est intact et que je dois recourir à une opération chirurgicale, je donne la préférence, après la laparotomie, à la fixation à la paroi abdominale des *ligaments ronds raccourcis* ou mieux à la *fixation à l'aponévrose des grands droits*. Cette opération, que je compte

décrire en détail dans un article ultérieur, me paraît donner d'aussi bons résultats que l'opération d'Alquié et n'expose pas le chirurgien à la déchirure du ligament ou à l'impossibilité de redresser la matrice au moment de la traction. Je pratique toujours cette fixation après une laparotomie transversale à la Pfannenstiel.

## REVUE D'OPHTALMOLOGIE

**Conjonctivite de Parinaud**, par le Dr Poissonnier, d'Amiens (*Société médicale d'Amiens*).

Le 5 février 1889, le docteur Parinaud présentait à la Société d'Ophtalmologie de Paris trois cas d'une affection oculaire inconnue jusque-là : « Il s'agit, disait-il, d'une forme de con- « jonctivite infectieuse qui provoque la suppu- « ration des ganglions et qui paraît transmise « à l'homme par les animaux. » Cette conjonctivite infectieuse qui depuis lors porte le nom de conjonctivite de Parinaud est rare, car nous nepûmes en observer qu'un cas pendant les deux années qu'il nous fut donné de passer auprès du professeur Thilliez comme aide de clinique ophtalmologique. Cette affection paraît toujours monoculaire, précédée ou non d'un peu d'inappétence, de frissons et de fièvre. Il y a de la sécrétion muqueuse de l'œil qui s'accompagne de dépôts fibrineux et de chémosis séreux.

Rapidement la région parotidienne du côté malade s'empâte, parfois jusqu'au creux susclaviculaire ; elle devient douloureuse ; on reconnaît facilement le ganglion préauriculaire très volumineux, dur et immobile. Cette adénite surbaiguë, avec infiltration du tissu cellulaire, constitue un symptôme d'autant plus important qu'elle est très rare dans les autres affections oculaires : elle ne se rencontre guère que dans la tuberculose de la conjonctive, encore est-elle inconstante dans ce cas.

Dès le début, le cul-de-sac supérieur est le siège de végétations rouges ou jaunâtres. Quand les deux paupières sont prises, la conjonctive de la paupière inférieure est parsemée de petites granulations rougeâtres. Les plus grosses sont de véritables végétations charnues: elles reposent sur une muqueuse, en général peu altérée, mais boursouflée et infiltrée en certains points ; les plus petites sont tout à fait jaunes. La cornée reste indemne.

La conjonctivite de Parinaud se rencontre à tout âge ; elle frappe les individus en contact direct ou indirect avec des animaux (bouchers, corroyeurs, garçons de ferme).

Le microbe n'en est pas encore connu. Parinaud accusait la lymphagite du bœuf ; d'antres mettent cette affection sur le compte de l'actynomyces bovis, du streptocoque, etc. De nombreuses recherches bactériologiques et anatomopathologiques ont été faites et sont toujours restées négatives; il ne faut pas dire pour cela que le microbe n'existe pas : il est probable qu'il n'est pas décelable par les moyens ordinaires ou qu'il disparaît rapidement de la lésion conjonctivale.

La conjonctivite de Parinaud est d'un pronostic bénin : elle dure cinq à six semaines.

Elle présente des symptômes spéciaux, une évolution et une terminaison propres qui rendent le diagnostic facile. La tuberculose de la conjonctivite peut, dans certains cas, avoir un tableau clinique quelque peu semblable ; mais cette dernière affection se rencontre chez des sujets suspects de tuberculose, anémiés ; l'adénite offre un aspect différent et ne guérit pas en trois on quatre semaines. Les ulcérations tuberculeuses produisent des altérations profondes des paupières, de la cornée et des autres membranes qui déterminent la perte complète de l'œil. Dans la conjonctivite de Parinaud au contraire les végétations sont proéminentes, n'altèrent pas les paupières de l'œil, et guérissent sans laisser de trace sur la conjonctive.

Le traitement consiste en applications chaudes ou en douches de vapeur, en lavages antiseptiques et en collyres au protargol ou à l'argyrol. Contre l'adénite, on conseille des cataplasmes ; quand celle-ci suppure on fait des lavages suivis d'un pansement banal. Sous l'influence de ce traitement les granulations guérissent sans laisser aucune trace sur la conjonctive.

Voici l'observation de notre malade :

« M. H..., *boucher*, 38 ans, vient nous consulter le 12 avril 1910. Il se plaint de l'œil droit ; le 5 avril, est apparue de la tuméfaction de la paupière supérieure accompagnée de sécrétion de l'œil : peu après, le ganglion préauriculaire et les ganglions sous-maxillaires et parotidiens ont augmenté de volume. Au début, il y eut un peu de fièvre avec quelques frissons.

L'examen montre la paupière supérieure tuméfiée et rouge. Quand on retourne cette paupière, on voit sur le cartilage tarse de petites granulations rouges et jaunâtres, demi-transparentes. Leur volume est variable : la caroncule très épaissie est recouverte par ces granulations. Il y a là un chémosis séreux assez prononcé et un peu de sécrétion catarrhale. La cornée est intacte. Le ganglion préauriculaire du même côté est gros comme une amande : il est un peu douloureux à la pression. Les ganglions sous-maxillaires sont très engorgés avec empâtement de la région sans rougeur de la peau. L'œil gauche est complètement sain. Le malade, qui paraît jouir d'une bonne santé, n'a aucun antécédent tuberculeux ni spécifique.

*Traitement.* — Bains de l'œil avec une solution de cyanure de Hg à 1/1500 : ces bains sont pris plusieurs fois par jour et le plus chauds possible. Trois fois par jour, instillation de 2 gouttes d'un collyre au protargol à 0 gr. 50/10 gr. : cataplasmes sur les ganglions.

1er *mai*. — L'œil est moins rouge, les ganglions diminuent de volume, les végétations sont moins grosses.

7 *mai*. — L'œil est presque revenu à son état normal, encore un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

19 *mai*. — Guérison. »

Nous avons relaté à la Société Médicale l'histoire de ce malade en raison de la rareté de la conjonctivite de Parinaud, et pour apporter une preuve nouvelle à l'opinion généralement admise qui veut que cette affection soit le privilège de ceux qui approchent les animaux.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Thérapeutique usuelle du praticien.** Clinique thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, par le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine. Première série. — (Vigot).

Voilà un livre qui rencontre le plus grand succès auprès des praticiens. On sait avec quelle faveur les cours du professeur Robin sont suivis par les médecins et les étudiants.

Nous avons souvent publié dans ce journal les leçons si pratiques, si claires et si vivantes de l'éminent professeur de clinique thérapeutique. C'est une véritable mine que ce livre avec l'exposé de toutes les ressources que peut nous procurer la thérapeutique moderne et nul n'est plus apte à les passer en revue que M. Albert Robin.

Pour la plupart des maladies dont il est question au cours de l'ouvrage, le professeur Robin s'est attaché à à atteindre cet objectif pratique de *thérapeutique appliquée et expliquée*, mais en insistant presque exclusivement sur les cas où celle-ci est fructueuse et conduit à des résultats qui satisfont le médecin dans son cœur puisqu'il soulage et guérit, et dans son esprit puisque ces résultats lui permettent d'entrevoir le domaine de sa puissance.

Le praticien est beaucoup moins désarmé qu'on ne le lui enseigne et qu'il ne le croit trop souvent. Certes, s'il continue à se laisser diriger, pour l'institution de ses traitements, par les théories pathogéniques régnantes, il sera bien vite découragé devant les insuccès ; mais, s'il se décide à étudier les réactions vitales et à leur opposer une *thérapeutique essentiellement fonctionnelle*, il reprendra confiance en ses interventions.

« Je suis un croyant de la thérapeutique, dit le professeur Robin, et ce que j'ai vu pendant ma carrière me permet d'assurer que le scepticisme est un aveu d'ignorance bien plus qu'un aveu d'impuissance ; aussi, mon but le plus cher serait-il de réussir à inspirer à mes lecteurs la foi qui m'anime. »

Nous aurons l'occasion de revenir sur cet important ouvrage.

**Éléments d'anatomie pathologique**, par le docteur L. Bériel, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. (G. Steinheil.)

Les *Éléments d'anatomie pathologique*, que M. Bériel présente au public médical, constituent un livre absolument et uniquement pratique, d'où sont bannis toute théorie, tout historique, toute controverse. Le médecin y trouvera immédiatement les données précises dont il a besoin à propos d'un cas déterminé, et l'étudiant tout ce qui est indispensable pour les épreuves d'anatomie pathologique du troisième examen. L'auteur, bien inspiré, a rassemblé les notions qu'il expose, non pas en suivant une classification scientifique, mais à la façon que lui conseillait l'expérience. Or, son expérience, tant comme homme de laboratoire que comme examinateur, est déjà considérable, et il en résulte que le livre est parfaitement adapté au but visé.

Convaincu que l'histologie pathologique peut fournir des lignes directrices pour l'étude des lésions, M. Bériel s'est efforcé de faire partir le lecteur des données que fournit l'analyse, pour aboutir aux lésions que nous constatons à l'œil nu.

Le plan qu'a suivi l'auteur est donc le suivant : des données d'anatomie pathologique générale constituent comme une préface, et dans les chapitres suivants sont envisagées leurs principales applications sur les divers organes ou appareils en s'attachant surtout aux lésions fréquentes.

L'étude des tumeurs est rejetée en dernière ligne, parce que plus difficile et comme bénéficiant des exposés antérieurs.

Notons enfin que M. Bériel a mis au service de son livre, et au nôtre par conséquent, son réel talent de dessinateur. Toutes les figures illustrant l'ouvrage ont en effet été dessinées par lui, et c'est là certainement une des conditions qui en font une œuvre claire, précise, permettant d'aborder avec autant d'intérêt que de profit l'étude si active, et parfois si décourageante au début, de l'anatomie pathologique.

**Formulaire aide-mémoire de médecine infantile en tableaux synoptiques**, par le Dr Legrand, d'Amiens. (Baillière.)

En publiant ce Formulaire aide-mémoire de médecine des enfants, le Dr Legrand a voulu faire œuvre précise et complète permettant aux médecins et étudiants de trouver rapidement tous les renseignements de thérapeutique infantile journalière.

Dresser la liste alphabétique pour la commodité des recherches des médicaments internes usuels ; indiquer en regard de chacun d'eux les préparations, modes d'administration et incompatibilités, d'après le Nouveau Codex ; fixer les doses maniables par année d'âge et par jour, que le médecin pourra varier d'après les réactions du malade et de la maladie ; préciser les indications et contre-indications cliniques, tel a été le plan adopté par l'auteur pour la rédaction de ce Formulaire, auquel les éditeurs ont su donner un format très réduit de carnet de poche.

Le Dr Legrand est l'auteur d'un *Précis de médecine infantile* publié il y quelques années et devenu classique, et d'un *Traité de physiothérapie infantile* publié il y a quelques mois avec la collaboration des praticiens les plus réputés en la matière.

**Traitement de l'angine diphtérique** (*Consultations médicales françaises*), par le Dr L.-G. Simon, chef de laboratoire à l'hôpital Bretonneau. In-16 de 32 pages. (A. Poinat.)

**Opothérapie**, par le Dr Paul Carnot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. (Baillière).

Le savant agrégé, M. Paul Carnot, nous offre un livre extrêmement étudié qui sera très apprécié. Nulle question n'est plus d'actualité et n'est plus confuse à l'heure actuelle que celle de l'opothérapie. Grâce à M. Carnot, nous sommes, d'une façon très précise, au courant de cette médication qui donne des résultats remarquables et qui n'est pas encore assez connue.

Dans une première partie, l'auteur envisage l'*opothérapie en général* : il étudie la nature des médicaments opothérapiques, les sécrétions internes, les hormones, les kinases, les anticorps cytolytiques et anticytolytiques, les substances anaphylactiques ; la toxicité des produits opothérapiques, etc., puis les indications et contre-indications générales des médicaments opothérapiques, et enfin les différents modes de préparation, les formes pharmaceutiques et les équivalences de ces produits.

Dans une deuxième partie, il étudie les *opothérapies spéciales* : l'*opothérapie hématique* comprend la méthode de la transfusion du sang, les préparations d'hémoglobine, de fibrinogène, de fibrose, d'extraits leucocytaires ; les sérums normaux ou réactionnels ; l'*opothérapie médullaire*, etc.

L'*opothérapie digestive* dérive des notions anatomo-physiologiques sur le suc gastrique, la pepsine, le lab, sur le suc intestinal, écresine, la kinase, la sécrétine, sur les sucs pancréatiques, sur la bile, sur les ferments du foie, etc. Le mode de préparation de ces produits (sucs gastriques naturels et artificiels, pepsine, présure, pegnine, kinase), est étudié en détail : enfin les indications et contre-indications thérapeutiques sont minutieusement réglées dans les différents syndromes gastro-intestinaux, pancréatiques, hépatiques.

De même, sont successivement passées en revue les fonctions rénales, les préparations dérivées du rein et les indications de l'*opothérapie rénale*. L'*opothérapie génitale* comprend l'étude du suc testiculaire, du suc interstitiel, du suc prostatique, des extraits ovariens,

des extraits de corps janne, des extraits placentaires, mammaires, ainsi que leurs multiples applications thérapentiques.

*L'opothérapie thyro-parathyroïdienne* est étudiée dans ses multiples applications (myxœdèmes, crétinisme, infantilisme, rhumatisme chronique, sclérodermie, dermatoses, migraines, incontinence nocturne d'nrine, asthme, etc.

De même, l'*opothérapie hypophysaire*, l'*opothérapie surrénale* avec la préparation des adrénalines extractives et des suprarénines synthétiques, avec ses mnltiples applications dans les hémorragies, les hypotensions, les adynamies graves, l'ostéomalacie, etc.; l'*opothérapie musculaire* avec la technique de la zomothérapie, etc.

**« Médicus » Guide-Annuaire** des étudiants et des praticiens (médecine, chirurgie, odontologie et pharmacie), par A. Rouzaud, préface de M. le Dr Yvon, membre de l'Académie de médecine. (41, rue des Ecoles.)

C'est un véritable tour de force que vient de réaliser M. A. Rouzaud en pnbliant cet énorme volnme de 1.600 pages, *Médicus*, recueil extrêmement bien fait de tous les renseignements dispersés partont anjourd'hui et dont nous avons à chaque instant besoin. Une telle œuvre mérite d'être encouragée car elle répond à un besoin et on ne saurait trop en remercier l'anteur.

*Medicus* comprend cinq parties : la première renferme tont ce qui régit l'enseignement de la médecine, de la pharmacie et de l'odontologie. On y tronve aussi les programmes des divers conconrs : externat, internat, adjuvat, prosectorat et agrégation. Les conditions d'admission aux Ecoles de Médecine militaire, navale et coloniale y sont exposées tout au long. Les hôpitaux et hospices de l'Assistance puhliqne de Paris, accompagnés de deux plans parfaitement conçus, les établissements et asiles d'aliénés, les sociétés savantes, les associations des étudiants, etc., trouvent aussi dans cet important onvrage une large part.

La deuxième partie est consacrée aux Facnltés des écoles de province et des colonies. Elle se termine par la liste des principaux journanx français et étrangers et un index bibliographiqne.

La troisième est un annuaire très complet des médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes et pharmaciens, avec un classement nonvean, tout à fait rationnel, qni facilitera les recherches.

La quatrième partie donne les Facultés et Ecoles de l'étranger avec un aperçu des étndes et les noms des professenrs.

Après la quatrième partie prend place un *Dictionnaire de droit et de jurisprudence médicale* de 144 pages, par M. Marcel Petit, avocat à la Cour d'appel de Paris, heureuse innovation qne le Corps médical sanra hautement apprécier.

La cinquième partie est un *recueil complet* des lois, décrets et arrêtés concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, la protection de la santé publique, la police sanitaire, l'assistance pnblique, les accidents dn travail, la répression des fraudes, les sociétés d'assistance, de retraite, de secours en cas de maladie, syndicats médicaux, eaux minérales, etc.

**Monsieur l'Agrégé**, par le Dr Lucien Nass, roman médical, 1 vol. in-16, Albin Michel, édit., Paris.

Notre excellent confrère, le Dr Lucien Nass a déjà qnelqnes beaux livres à son actif. Voici nn nouvel ouvrage d'une bonne tenue littéraire, bien construit et très interessant qni sera ln par le grand public comme par le médecin.

Sous la forme d'nn roman très passionnant, le Dr Lucien Nass expose la crise médicale qui, lors du dernier concours d'agrégation, a provoqué les événements retentissants dont tout le monde se souvient. Très impartialement, l'anteur présente la thèse des deux partis, l'nn représenté par le professeur Dnlac, champion de la Faculté, l'antre par Jacqnes Clerget, champion des praticiens. Ce dernier candidat à l'agrégation n'arrive à décrocher la timbale que grâce à nn favoritisme scandaleux qn'il n'a point recherché et dont il n'est pas responsable. Ici, l'affabulation dn roman devient très hardie : les deux hommes ne sont point seulement rivaux dans cette question professionnelle : ils aiment la même femme. C'est elle qni a obtenu, — et par quel marché ! — le snccès de son fiancé Jacqnes Clerget.

L'auteur dit courageusement ce qu'il pense des abus de la médecine officielle, mias il n'est pas moins sincère lorsqu'il blâme les praticiens, soi-disant indépendants, qui, par une agitation stérile, ont compromis leur cause.

Dans la deuxième partie dn roman, l'action se précipite et devient dramatiqne, la lntte entre ces deux hommes, prend un caractère tragique. Ils sont maintenant séparés par un fossé infranchissable. La femme qn'ils aiment tons deux d'un amonr faronche, qnitte son mari Jacques Clerget, s'enfuit avec le professeur qni, pour elle, abandonne joyeusement toutes ses dignités et toutes ses charges officielles, et le malheureux agrégé, terrassé en plein amphithéâtre par nne crise de folie furieuse, va terminer sa vie de déboires dans nn asile d'aliénés.

**La vérité sur Lourdes**, par le Dr Rouby, d'Alger. (Nourry), 1910, 1 vol. in-8° br., franco 7 fr. 50.

Le travail dn Dr Ronby est la première étnde scientifique indépendante qni ait été consacrée à Lourdes. Ce praticien éminent, directeur de deux importants établissements médicaux, était merveilleusement préparé à l'examen des merveilles lonrdaises. A toutes les pages on sent un maître en diagnostic et en pronostic, anssi excelle-t-il à retronver dans les récits apologétiqnes de miracles, les lignes décisives qui permettent de reconstitner le vrai diagnostic, et d'éclairer toute l'histoire et la guérison de la maladie. Son analyse a d'ailleurs été complétée par de nombreuses enquêtes personnelles.

Le livre entier est écrit d'nn style alerte, simple et clair, non déponrvu d'ironie et d'une pointe de bonne humeur.

L'ensemble forme une contribution medicale des plus importantes et des plus neuves à l'étnde des maladies simulées par l'hystérie ou l'hystérose.

## CARNET DU PRATICIEN

### Dentifrices

Chez les tout jennes enfants, dès qu'il y a des dents sorties, veiller à lenr entretien.

Les nettoyer encore plus chez l'enfant malade.

Chaque jour, au besoin plusieurs fois, laver les gencives et les dents, le matin, et après les repas.

Chez les enfants, plutôt se servir de brosse douce et petite.

Procédé du linge sur le doigt insuffisant, ni aseptiqne.

Poudres selon la réaction de la salive :

*Poudre alcaline*

| | |
|---|---|
| Carbonate de chaux........ | 50 grammes |
| Sulfate de quinine......... | 3 — |
| Saponine.................... | 0 gr. 20 |
| Saccharine.................. | 0 gr. 10 |
| Carmin...................... | Q. s. ponr colorer |
| Essence de menthe........ | XX gonttes |

(Quentin.)

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude...... | 15 grammes |
| Talc (poudre)............... | 60 — |
| Salol......................... | 2 — |
| Carmin...................... | 0 gr. 10 |
| Essence de menthe........ | XV gonttes |

(Vaucaire.)

*Poudre acide*

| | |
|---|---|
| Acide boriqne............... | 10 grammes |
| Poudre d'amidon.......... | 50 — |
| Chlorhydrate de quinine.... | 1 — |
| Saccharine.................. | 0 gr. 10 |
| Ocre jaune.................. | 1 gramme |
| Vaniline dissoute dans l'alcool...... | 0 gr. 15 |

(Quentin).

| | |
|---|---|
| Carbonate de chaux........ | 30 grammes |
| Chlorate de potasse........ | 15 — |
| Chlorate de soude.......... | 15 — |
| Salol......................... | 8 — |
| Saccharine.................. | 0 gr. 30 |
| Carbonate de magnésie.... | 10 grammes |
| Carbonate de chaux........ | 10 — |
| Borate de sonde............ | 5 — |
| Tannin....................... | 1 — |
| Saccharine.................. | 0 gr. 25 |
| Carmin...................... | 0 gr. 25 |
| Essence de menthe........ | XII gouttes |
| Essence de rose............ | II — |

*Poudre neutre*

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse........ | 20 grammes |
| Poudre d'amidon.......... | 20 — |
| Laqne carminée............ | 4 — |
| Saccharine dissoute dans l'alcool...... | 0 gr. 10 |
| Vaniline dissoute dans l'alcool...... | 0 gr. 15 |

(Quentin.)

Ou encore mieux, et plns simplement, la *craie camphrée*, sans s'occuper de la réaction de la bonche.

| | |
|---|---|
| Camphre..................... | 25 grammes |

Pulvériser dans un mortier et ajouter :

| | |
|---|---|
| Craie précipitée............ | 100 grammes |

*Savons*

| | |
|---|---|
| Menthol..................... | 0 gr. 50 |
| Salol......................... | 4 grammes |
| Savon........................ | 10 — |
| Carbonate de chaux........ | 10 — |
| — de magnésie...... | 30 — |
| Essence de menthe........ | 1 — |

(Hugenschmidt.)

Si le tartre existe en grande quantité, on ajoutera à cette formule 5 à 10 grammes de pierre ponce pulvérisée mais avec circonspection.

*Elixirs*

| | |
|---|---|
| Formol à 40 0/0............ | 2 grammes |
| Teinture de quinquina..... | 60 — |
| Glycérine.................... | 60 — |
| Essence de menthe........ | 2 — |
| — d'anis étoilé........ | 1 gr. 50 |
| — de cannelle......... | 1 gramme |
| — de girofle........... | 1 — |
| Alcool........................ | 100 — |

(Quentin.)

| | |
|---|---|
| Thymol....................... | 0 gr. 50 |
| Borate de sonde............ | 5 grammes |
| Acide phéniqne............. | 2 — |
| Eau de rose................. | 200 — |
| Alcool de menthe.......... | 15 — |
| Eau bouillie................. | 300 — |

Quelques gouttes dans un verre d'eau

Ou plus simplement :

| | |
|---|---|
| Formol à 40 0/0............ | 25 grammes |
| Teintnre d'eucalyptns..... | 25 — |
| Alcool à 80°...... Q. s. ad. | 200 cent. cubes |

On a mis en garde contre l'action des essences aromatiques contenues dans les dentifrices. Ces essences agissent sur l'estomac en excitant sa sécrétion. Si le nettoyage des dents se fait longtemps avant les repas, il y a provocation non seulement inutile, mais nnisible de la sécrétion de l'estomac à vide.

Un des meilleurs élixirs dentifrices serait tout simplement l'*alcool salolé*, dont on ajonte quelques gouttes à de l'eau préalablement bouillie.

Pour les lavages : ean oxygénée, diluée et neutralisée avec du bicarbonate, l'eau oxygénée renfermant un peu d'acide sulfuriqne.

On :

Formol en solntion à 40 0/0.

On :

Phénosalyl.

Dans un pen d'eau, environ une 1/2 cuillerée à café pour un verre ordinaire.

| | |
|---|---|
| Borax.............................. | 1 gramme |

Pour un paquet.

F. s. a. n. paqnets.

1 paquet pour 1 verre d'ean.

Ou bien :

Teintnre d'eucalyptus.

Qnelques gouttes dans l'ean.

(Gillet).

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En «italique».* — *Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Canterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Canterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Canterets, Châtel-Gnyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Canterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christan, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Gnyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Canterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Lencoplasie.** — Saint-Christan.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets, Dax, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Canterets, Aix-les-Bains.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires.*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

## VOYAGES DANS LES PYRÉNÉES

TARIF G. V. n° 105 (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjean, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

Ces billets additionnels n'augmentent pas la durée de validité du billet circulaire auquel ils viennent se souder.

CHEMIN DE FER DU NORD

## QUATRE JOURS EN ANGLETERRE, du Vendredi au Mardi

La Compagnie du chemin de fer du Nord délivre les vendredis, samedis ou dimanches, à la gare de Paris-Nord et dans les Bureaux de Ville, des billets d'aller et retour de

**PARIS A LONDRES**

aux prix très réduits ci-après :
(non compris le droit de quittance de 0 fr. 10)
1re Cl. : **72 fr. 85** — 2e Cl. : **46 fr. 85**
3e Cl. : **37 fr. 50**

Ces billets seront valables, pour les voyageurs de 1re, 2e et 3e classes, par les trains ci-après :

A l'aller, le vendredi, samedi ou dimanche seulement.

1° Via *Boulogne-Folkestone* :
Paris-Nord, dép. 8h25 m. | Londres, arr.. 3h25 soir.

2° Via *Calais-Douvres* :
Paris-Nord, dép. 9h15 soir | Londres, arr.. 5h43 matin

Au retour, le samedi, dimanche et lundi.

1° Via *Folkestone-Boulogne* :
Londres, dép. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.

2° Via *Douvres-Calais* :
Londres, dép. 9h » soir. | Paris-Nord, arr. 5h50 mat.

Le mardi : Via *Folkestone-Boulogne* seulement :
Londres, dép. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.

Ces billets donnent droit au transport gratuit de 25 kilog. de bagages sur tout le parcours.

# ÉCHOS

**Pour les confrères automobilistes.**

Il sera procédé au recensement des voitures automobiles du 1er au 16 janvier prochain. Dans ce but, les maires de chaque commune inviteront les propriétaires d'automobiles, quelle qu'e soit leur nationalité, à se présenter à la mairie de leur domicile pour y faire la déclaration des voitures qu'ils possèdent et des noms des personnes habituellement préposées à la conduite de ces voitures lorsque ces personnes sont soumises aux obligations du service militaire.

Les voitures recensées seront divisées en deux catégories : poids lourds et voitures de tourisme.

Du 1er au 15 janvier, les maires dresseront les listes de recensement des voitures automobiles. Ces listes ne devront pas comprendre les voitures qui auront été reconnues impropres au service de l'armée.

Les propriétaires de voitures automobiles et de motocyclettes qui ne se conformeront pas aux dispositions de la loi seront passibles d'une amende de 25 à 1.000 francs.

**Hôpital Necker.**

Le Dr Louis Rénon a commencé le vendredi 11 novembre, à 10 heures et demie du matin, à l'amphithéâtre Laennec, une série de sept conférences pratiques sur le *Traitement scientifique actuel de la tuberculose pulmonaire*.

Ces conférences ont lieu dans l'ordre suivant :

11 novembre. — L'esprit d'un traitement scientifique réel de la tuberculose pulmonaire;

18 novembre. — Le traitement « rationnel » simple par l'hygiène, le repos, la cure d'air et l'alimentation;

25 novembre. — Le traitement biologique « spécifique » par les sérums;

2 décembre. — Le traitement biologique « spécifique » par les tuberculines;

9 décembre. — La chimiothérapie;

16 décembre. — La physiothérapie;

23 décembre. — Le traitement opothérapique glandulaire et le traitement chirurgical.

**Contre le choléra.**

Le Comité de l'Office d'hygiène publique s'est réuni récemment à Rome. La séance qui était présidée par notre ambassadeur de France à Rome, M. Barrère, a été consacrée à une étude de l'épidémie cholérique en Italie, au sujet de laquelle le directeur général de la santé publique d'Italie et le secrétaire général de l'Office, Dr Pottevin, qui avait été invité par l'administration italienne à se documenter sur place, ont présenté des rapports particulièrement intéressants.

A la fin de ces exposés, le Comité, après avoir hautement félicité l'administration sanitaire italienne des mesures prises contre l'extension du fléau, a été unanime à déclarer, dans un vœu se référant à celui qu'il a déjà formulé en 1908, combien, en présence de la marche envahissante du choléra vers l'Europe occidentale, il lui paraît nécessaire que les dispositions de la convention sanitaire de Paris (1903) soient soumises à une revision avant l'été prochain.

C'est là une indication aussi catégorique qu'autorisée en faveur de la réunion d'une conférence sanitaire internationale dont l'urgence est depuis longtemps reconnue par l'opinion publique.

**Un nouveau domaine pour la « Maison du Médecin ».**

La *Maison du Médecin* vient de s'assurer la jouissance d'un fort joli domaine, à Brezolles (Eure-et-Loir), à l'effet d'y installer des pensionnaires. Situé à 24 kilomètres de Dreux, dans un bourg important, cette propriété répond admirablement au but poursuivi. La maison est confortablement aménagée, bien meublée, et peut recevoir une dizaine de pensionnaires. Elle est entourée d'un superbe parc boisé, d'un jardin potager auquel fait suite une prairie bordée par la charmante rivière la Meuvette. De nombreux communs permettent une exploitation fructueuse de la propriété. Cheval et voiture à la disposition des pensionnaires.

Ceux-ci vont pouvoir entrer tout de suite.

Ils se trouveront à Brezolles dans une quiétude parfaite; le pays est pittoresque, les promenades très agréables, la chasse et la pêche offriront un agrément de plus aux amateurs.

Voici donc réalisée définitivement la première fondation de la *Maison du Médecin*.

Devant ce succès presque inespéré, le Corps médical sera unanime à encourager les promoteurs de cette œuvre et à soutenir celle-ci pécuniairement et moralement. Les adhésions déjà nombreuses vont affluer plus que jamais.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 32, rue Notre-Dame-des-Victoires, Paris.

**La présence des médecins aux duels.**

La Chambre des médecins de Galicie (Autriche) a eu récemment à juger un cas assez curieux : Une malheureuse veuve, dont le fils avait été tué en duel, portait plainte contre le médecin qui avait assisté les combattants, prétendant qu'il avait manqué à ses devoirs, non seulement par sa présence à la rencontre, mais encore en n'avertissant pas à l'avance et les autorités et les parents des duellistes. La Chambre médicale exprima l'opinion qu'il y aurait un réel danger à laisser les combattants sans soins immédiats en cas de blessures graves; que, d'autre part, le médecin, averti confidentiellement qu'un duel doit avoir lieu, n'a pas à révéler le secret qui lui a été confié.

A ce sujet une enquête internationale est ouverte sur les points suivants :

1° Le médecin ne manque-t-il pas à son devoir en acceptant d'assister à un duel?

2° Le médecin, non seulement peut-il, mais doit-il toujours accepter, ou seulement dans certains cas?

3° Doit-il, au contraire, toujours refuser, ou seulement dans certains cas?

4° Le médecin prévenu d'une rencontre doit-il s'entremettre pour l'empêcher?

5° Est-il désirable que la loi soit modifiée et établisse l'impunité des médecins qui assistent à un duel? (On sait que *légalement* les médecins sont punissables au même titre que les témoins).

6° S'il y a des cas où la présence du médecin est discutable, une consultation avec un confrère ne s'impose-t-elle pas alors d'une façon absolue?

7° La présence de deux médecins dans chaque duel n'est-elle pas toujours désirable, les deux combattants pouvant être gravement blessés?

8° Nos associations professionnelles ne devraient-elles pas discuter ces diverses questions?

9° Avez-vous des remarques à faire basées sur votre expérience personnelle?

Envoyer les réponses au Dr Mikolajski, rue Sniadeckich, 6, à Lwow (Autriche), rédacteur du journal médical international esperantiste : *La Voco de Kuracistoj*.

Les enquêtes du même journal sur le secret professionnel et sur la peine de mort sont closes. Elles ont eu un réel succès : des médecins de plus de dix nationalités y ont pris part.

**La chloroformisation par les infirmiers**

Nous nous faisons un devoir de porter à votre connaissance notre protestation au sujet d'un nouveau diplôme, de nature à intéresser tous les praticiens pour le dommage moral et matériel qu'il entraînera pour eux s'il se réalise et se propage.

Depuis bientôt deux ans, les anesthésies à l'hôpital du Mans sont assurées par le personnel subalterne, plein de bonne volonté évidemment, mais beaucoup moins favorisé par ailleurs, et en particulier quant à la culture générale et professionnelle. Après deux ou trois leçons théoriques et autant de conseils pratiques, ces infirmiers ont été incités à accomplir un stage, autrement dit à faire des anesthésies en vue d'obtenir un diplôme les consacrant chloroformisateurs. Ce diplôme doit leur être délivré tout prochainement à l'issue d'un examen dont il ne reste plus qu'à fixer la date.

Nous vous soumettons le cas, comme futurs praticiens exposés à nous rencontrer plus tard dans la pratique avec ces aides munis d'un tel diplôme à allure officielle, semblant leur donner aux yeux du public le droit d'accomplir certains actes professionnels que les internes et externes des hôpitaux ne peuvent légalement accomplir que sous le couvert d'un chef de service.

Nous protestons contre cette nouvelle création, destinée une fois de plus à combattre le praticien, et nous serions très reconnaissants de porter le fait à la connaissance des confrères lecteurs de votre journal.

Pour les internes des hôpitaux du Mans :
*Le doyen*,
Foutau, interne à l'hôpital général.



**Le traitement chinois du zona**

Comme nous, les Chinois savent que le zona est rebelle au traitement, que ses douleurs sont difficiles à calmer.

Quand un confrère de la Terre Fleurie a épuisé son arsenal thérapeutique en vain sur son client, il a recours au procédé suprême qui est tout au moins l'indice d'observation clinique. Il va arrêter le zona dans sa marche envahissante, et son intervention est toujours suivie de succès, la poussée zostérienne s'établissant et se limitant très vite.

Ce n'est point par des médicaments, lotions, poudres ou pommades, qu'il opposera une barrière à l'invasion vésiculaire de la peau. Il prend un pinceau, de l'encre — de Chine évidemment — et d'une main preste, dessine sur les téguments de son client une corneille, le contenu, en arrêt, prête à happer la vésicule d'herpès assez audacieuse pour se risquer à portée de son bec.

A défaut de guérison et même de soulagement, cette méthode donne satisfaction au malade — ce qui est déjà un résultat; aussi le « procédé de l'oiseau » est-il d'usage courant et réputé en Chine.

**Congrès français de chirurgie**

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du prochain Congrès (Paris 1911) :

1° Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. Rapporteurs : MM. Silhol (de Marseille) et Walther (de Paris);

2° Traitement des péritonites. Rapporteurs : MM. Témoin (de Bourges) et Hartmann (de Paris);

3° Traitement sanglant des fractures du fémur. Rapporteurs : MM. Bérard (de Lyon) et Alglave (de Paris).

**L'assistance médicale en Afrique occidentale française.**

En 1905, M. Roume, gouverneur de l'Afrique occidentale française, fit appel, pour procurer aux indigènes les bénéfices de la science médicale européenne, à de jeunes praticiens de France. Cette expérience réussit : les vaccinations se sont multipliées; d'autres maladies encore, dont les effets réduisent considérablement la natalité indigène, ont vu réduire leur puissance de contagion. Enfin, les noirs ont pris confiance dans le médecin européen; et ceci est pour réduire d'autant l'influence du marabout musulman.

Ces médecins, jusqu'à ce jour, ne sont pas des fonctionnaires. Ils ont été simplement invités à passer avec le Gouvernement général des contrats de cinq ans, avec deux périodes de congé. Ils n'ont pas de hiérarchie; ils ne bénéficient d'aucun avancement en solde, quels que soient leur âge ou leurs états de service. Malgré les garanties scientifiques qui leur sont demandées, ils ne sont point considérés comme des professionnels de la médecine coloniale, mais bien plutôt comme des jeunes gens désireux de passer quelques années sous les tropiques avant de s'installer en France et de se créer une famille, car ils doivent être célibataires en Afrique, la colonie n'admettant pour leurs femmes aucune concession de passage.

On envisage actuellement des mesures administratives modifiant cet état de choses. Les « médecins de colonisation » jouiraient alors d'une situation assez analogue à celle de leurs confrères d'Indo-Chine, qui font partie d'un cadre organisé, avec échelle de grades et de traitements, et bénéficient d'une retraite.

**L'intestin.**

Le Jubol réalise, suivant le terme si heureux dont s'est servi le Dr Frenkel, en le présentant à l'*Académie des Sciences*, la *rééducation de l'intestin* grâce aux produits spécialement préparés qui entrent dans sa composition. Il fait merveille dans l'entérite.

81e Année (Série XIIIe) — N° 73 — Le Numéro : 25 Centimes — 1er Décembre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale........ 7 fr.
Edition Espagnole.... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16*

# ÉCHOS

**La Gazette hebdomadaire.**

La *Gazette médicale de Paris* redevient hebdomadaire à partir du 1er janvier.

**A l'Académie.**

Notre excellent ami le Dr Ernest Wichersheimer vient d'être nommé par décret bibliothécaire de l'Académie de Médecine. Nos affectueuses félicitations.

**Suppression de la giberne des médecins militaires.**

Le *Bulletin militare officiel* n° 6 annonce que tous les médecins militaires sont tenus de porter aux manœuvres, marches, etc., une sacoche à soufflet dite d'état major, contenant un nécessaire médical de la composition suivante :

1° Un nécessaire de Michel avec cinquante agrafes contenu dans une boite en métal nickelé;

2° Une boite en métal nickelé susceptible de contenir des tubes de comprimés d'antipyrine, quinine, ampoules de morphine, caféine, etc.;

3° Une boîte d'instruments de chirurgie en métal nickelé, renfermant : deux bistouris; deux pinces hémostatiques de Doyen; une paire de ciseaux; une boîte métallique de vingt aiguilles à sutures; une seringue à injections hypodermiques; une sonde cannelée; deux sondes d'homme et de femme en argent; une pince à disséquer à griffe; un thermomètre; une bande hémostatique de Denain; deux pansements individuels.

Ces divers objets sont contenus dans un portefeuille en maroquin à palettes, avec fermoir en maillechort.

Il n'est plus fait mention de la giberne, qui se trouve donc supprimée.

Le *Bulletin médical*, en commentant ce changement et en appréciant la très heureuse composition de la nouvelle trousse, se fait l'écho des doléances des médecins militaires pour lesquels les changements successifs de tenue ou d'équipement constituent une lourde charge.

Il est bien désirable en effet que l'État contribue dans la plus large part possible aux dépenses du nouvel équipement, tout au moins en ce qui concerne les médicaments.

**Ministère des Colonies.**

*Nouveau codex.* — Un décret rend obligatoire le nouveau codex pharmaceutique (pharmacopée française), édition de 1908 dans les colonies françaises à partir du 1er décembre 1910.

**Syndicat des médecins de la Seine.**

Le Syndicat des médecins de la Seine vient de procéder à l'élection de son bureau, qui est ainsi constitué pour 1911 : MM. Bellencontre, président; Vimont et Levassort, vice-présidents; Tourtourat, secrétaire général; Lamare, secrétaire général adjoint; Saltas, trésorier.

**Accidents du travail.**

*Convention entre la France et la Grande-Bretagne.* — Le *Journal officiel* vient de publier cette convention.

D'après un commun accord entre les administrations française et britannique, la victime d'accident qui reviendra résider en France devra en donner préalablement avis au registrar de la Cour de comté qui aura fixé l'indemnité, afin que celle-ci lui remette un certificat d'expertise médicale relatant la nature de son incapacité et détermine, après avoir entendu les parties, les époques auxquelles devront être produits, à l'appui de la demande de paiement de l'indemnité due, des certificats médicaux attestant la persistance de cette incapacité. Ces certificats seront exigés à des intervalles qui ne pourront être inférieurs à trois mois, ni supérieurs à douze, et que la Cour de comté fixera en ayant égard à la nature de l'incapacité.

A l'effet d'obtenir les paiements susvisés, la victime d'accidents qui sera revenue résider en France, se fera délivrer chaque trimestre, par la mairie de la commune de sa résidence, un certificat de vie auquel elle joindra, aux époques qu'aura déterminées à cet effet la Cour de comté, un certificat médical établi par un médecin chargé d'un service administratif dans le département, et qui attestera la persistance de l'incapacité relatée au certificat d'expertise médicale remis à la victime par la Cour de comté.

**Un vœu du Syndicat médical.**

Le S. M. P., considérant que, pour assurer les services d'hygiène, des connaissances médicales sont indispensables.

Emet le vœu :

« Que la direction des Bureaux d'hygiène soit, toujours, confiée à des docteurs en médecine ».

**Les habitations insalubres.**

M. André Gent est l'auteur d'un vœu tendant au vote par le Parlement d'une loi portant expropriation pour œuvre d'assainissement des habitations insalubres.

Ce vœu prévoit le droit pour l'autorité préfectorale, d'exproprier les propriétaires d'immeubles insalubres, aux fins de démolition, en déduisant du prix de l'indemnité à allouer les dépréciations causées par les éléments d'insalubrite, ce qui, dans la plupart des cas, réduirait l'indemnité au montant de la valeur du sol et des matériaux.

**Ve Congrès des médecins de langue française d'Amérique.**

Le prochain Congrès aura lieu à Montréal en 1913. Le bureau est ainsi constitué:

Président honoraire: le professeur Guérin (de Montreal);

Président: le professeur Hervieux (de Montréal);

1er Vice-président: le professeur Rousseau (de Québec);

2e Vice-président: M. Omer Ledoux (de Sherbrooke);

3e Vice-président: M. S. Gauthier (de Ypton);

Secrétaire: M. Chagnon (de Montréal);

Trésorier: M. B. Bourgeois (de Montréal).

**Exposition Internationale d'hygiène à Dresde en 1911**

Cette Exposition aura lieu de mai à octobre 1911, sous la protection de S. M. le roi de Saxe et sous la présidence d'honneur de S. E. Bethmann Hollweg, chancelier de l'Empire, de S. E. le prince de Bulow, de S. E. le comte V. Eckstadt, ministre d'Etat du Royaume de Saxe, et du Dr Beutler, bourgmestre de Dresde.

Le programme embrasse toutes les branches de l'hygiène : 1° Air, lumière, sol, eau. — 2° Etablissements et habitations. — 3° Alimentation. — 4° Vêtements et soins corporels. — 5° Professions et travail. — 6° Maladies infectieuses. — 7° Soins aux malades et moyens de sauvetage. — 8° Enfants et adolescents. — 9° Voyages et transports. — 10° Armée, Marine. — 11° Hygiène des tropiques. — 12° Statistique. — 13° Groupes spéciaux (tuberculose, alcoolisme, maladies vénériennes, cancéreuses, des dents). — 14° Section historique.

L'administration de cette intéressante Exposition est établie Zwickauerstrasse, 35, à Dresde (Saxe-Allemagne).

DE LA

# Meilleure Voie d'abord du Rein

(ÉTUDE CRITIQUE)

par M. le Docteur F. CATHELIN,
Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie,
Ancien Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

La voie d'abord pour un organe quelconque a une importance primordiale, car le succès de l'opération en découle souvent. Il y a évidemment des *« passages »* plus favorables que d'autres et qui permettent surtout d'opérer plus vite et plus sûrement. On connaît le mot de Lejars : « Il faut se donner beaucoup de jour pour opérer avec beaucoup de sécurité », le mot jour étant, à mon sens, synonyme ici de commodité.

De même, l'*incision* joue un rôle de tout premier ordre, et malgré les préférences de chaque opérateur il en est qui doivent réunir les suffrages du plus grand nombre parce qu'elles ont été, par expérience, reconnues les meilleures.

Nous étudierons donc dans cet article critique la voie que nous préférons à toute autre et l'incision que nous estimons la meilleure pour aborder le rein.

## I

Les voies d'abord du rein peuvent se ramener à quatre : la voie postérieure, la voie antérieure, la voie latérale et la voie mixte combinée.

Nous laisserons de côté les deux dernières qui n'ont que des indications très restreintes.

— La voie latérale, parapéritonéale, à qui Grégoire a donné un regain d'intérêt dans sa thèse, est excellente pour les tumeurs énormes du rein, en particulier pour les gros sarcomes de l'enfant à évolution très antérieure.

— La voie mixte, combinée, est une méthode bâtarde qui a en général plus les défauts de la voie qu'on cherche à défendre que ses avantages. En l'espèce, commencer une opération par la voie antérieure et la terminer par un drainage lombaire, est un aveu d'impuissance; c'est recourir à une voie tout en se défendant de l'adopter.

Nous ne nous occuperons donc ici que des avantages et des inconvénients des deux voies antérieure et postérieure, en prenant pour thème la récente discussion soulevée par Bérard à la Société de chirurgie de Lyon dans sa séance du 18 novembre 1909 (*in Lyon chirurgical*, n° 1 du 1er janvier 1910, p. 100, et n° 2, p. 227).

*Comparaison des deux voies antérieure et postérieure.*

Dans cette séance, Bérard, à l'occasion d'une pièce de tuberculose caséeuse massive fermée d'emblée et enlevée par néphrectomie transpéritonéale, émit cette doctrine que, tout en étant partisan de la voie lombaire dans l'immense majorité des cas, il reconnaissait à la voie antérieure un gros avantage pour les observations du genre de celle qu'il rapportait.

Et d'abord, comme Rochet l'a très bien fait remarquer à la séance suivante du 9 décembre 1909, c'est une véritable erreur de langage que d'opposer la voie antérieure à la voie lombaire. En réalité, ce qui différencie les deux voies, c'est le caractère intrapéritonéal de l'une d'elles de sorte qu'il est plus exact d'opposer la voie intrapéritonéale à la voie extrapéritonéale.

Or, si l'on relit attentivement l'observation de Bérard, on voit que dès le premier temps de l'opération par voie antérieure, il accole les deux feuillets péritonéaux antérieur et postérieur pour, dit-il, éviter l'infection de cette séreuse. C'est à se demander alors pourquoi il les ouvre puisqu'il les ferme aussitôt après, et pourquoi il n'adopte pas la voie latérale ou parapéritonéale d'emblée qui, comme j'ai pu m'en assurer, donne un jour considérable, tout en évitant les objections touchant le péritoine. Il ajoute que sa malade — bien que la tumeur ait été enlevée en vase clos, — eut de la fièvre après l'intervention, ce qui n'est pas habituel, au contraire, par la voie lombaire.

En outre, il mit sa malade en *decubitus ventral*, probablement pour faciliter l'écoulement des sérosités, qui forcément imbibent le pansement. Mais il s'agit là d'une position affreuse pour la malade, d'autant plus que le poids du corps porte sur la plaie et ce ne peut être là une position de choix qui, je pense, milite en faveur de cette voie.

Bérard, continuant le détail de l'observation, ajoute que l'accident à redouter ici c'est le coude que le colon peut faire à la suite d'un mauvais accolement des deux feuillets péritonéaux. Vraiment, il s'agit là d'une épée de Damoclès terrible suspendue sur la tête du chirurgien qui, moins habile ou moins heureux que M. Bérard, verra se développer des phénomènes d'occlusion post-opératoire, toutes choses dont on n'a pas à s'inquiéter par la voie lombaire.

Enfin, il parle d'une paroi solide avec un bon drainage. Ce sont là deux mots qui ne s'accolent pas mieux que les feuillets péritonéaux, car le fait de drainer pendant plus ou moins longtemps enlève à la paroi sa solidité absolue; c'est là un principe de chirurgie générale bien connu.

Bérard compte beaucoup sur l'accolement des deux feuillets péritonéaux pour *renforcer la paroi*. En réalité, ces feuillets sont d'une minceur telle que la solidité n'est qu'apparente et qu'il est impossible de la comparer à une bonne paroi musculo-aponévrotique. Est-ce que, dans la cure radicale de la hernie, on oserait garantir une paroi résistante, même après suture des deux feuillets péritonéaux, sans plan antérieur et surtout sans Bassini?

Dans la discussion qui a suivi la présentation de Bérard, Gangolphe tout en rappelant qu'il y a dix ans il a suivi la même voie pour une grosse tumeur rénale de même nature, pense que la voie lombaire est préférable quand il y a du pus, qu'elle est plus drainante et qu'on se soucie peu des infections péritonéales.

Durand a été un de ceux qui ont le plus sévèrement jugé la voie antérieure en montrant que Bérard est tombé sur un cas favorable et que les plaies peuvent s'infecter par le moignon urétéral restant aussi bien par une voie que par l'autre.

Patel a eu recours à la même voie dans un cas semblable après une erreur de diagnostic et fit une contre-ouverture lombaire, ce qui, je le répète, est un aveu d'impuissance.

Albertin montre surtout que la voie antérieure est inférieure à l'autre, quand pour une raison ou pour une autre, le chirurgien change le programme qu'il s'était tracé et donne la préférence à la voie lombaire.

Tixier montre très justement « combien les tendances personnelles influencent chaque chirurgien dans le choix du manuel opératoire d'une opération aussi bien réglée que la néphrectomie ». Il dit même avoir toujours pu lier le pédicule par la voie lombaire qu'il considère comme l'opération de choix.

Villard donne comme avantages et inconvénients des deux voies des arguments qu'il est assez facile de lui retourner comme on le verra par la suite.

Enfin, le professeur Rochet, dont tous connaissent le sens clinique affiné, a bien résumé la question en montrant « le grand inconvénient qu'il y aurait à choisir cette voie d'une manière trop systématique. » On pourra recourir à cette voie antérieure quand la tumeur est si saillante en avant, dit-il, qu'on la prend pour une *tumeur abdominale* et non sous-péritonéale et tout en accordant à cette voie le bénéfice de circonstances atténuantes, il a bien soin d'ajouter « qu'on est assez mal renseigné par cette voie » pour apprécier la valeur du rein opposé et que « cet avantage peut être plus apparent que réel. » Il termine en disant très légitimement, avec son autorité de chirurgien urinaire, que « c'est une voie d'exception dans la pyonéphrose tuberculeuse ».

A. VOIE LOMBAIRE.

1° *Inconvénients.*

1. Bérard dit qu'il s'agit d'une opération faite à *bout de doigts* : outre que cela n'est pas exact, on peut lui répondre que ce n'est pas là une objection surtout quand il y a un bon plan de clivage, qui fait de l'exérèse un acte anatomique parfait.

Est-ce que par exemple, la prostatectomie transvésicale, opération aveugle s'il en est, avec la technique intégrale de Freyer tout au moins, n'est pas dans l'hypertrophie adénomateuse plus régulièrement et plus complètement faite que la prostatectomie périnéale où le doigt travaille sous le contrôle de la vue? Or, justement dans le cas qu'invoque Bérard, de tuberculose rénale massive fermée d'emblée, il y a toujours un bon plan de clivage grâce auquel la pièce peut être décortiquée en quelques secondes par la voie lombaire.

2. Il parle de l'infection de la plaie, à la suite de l'ouverture d'une poche purulente. Mais cette ouverture n'est pas plus fréquente par la voie lombaire que par la voie antérieure et dans les deux cas, si elle arrive, l'infection se produira.

Bien mieux, j'ai remarqué souvent que, malgré des inoculations de tissus, à la suite de rupture du bassinet souillé pendant les manœuvres de pédiculisation dans la tuberculose rénale, il y avait fermeture complète en trois semaines à un mois, alors que d'autres fois, après une exérèse rapide de quelques minutes et sans inoculation, la plaie restait fistuleuse pendant plusieurs mois. J'avoue ne pas encore avoir bien compris la raison de ce fait.

3. Le chirurgien lyonnais objecte qu'on peut enlever plus d'uretère malade par la voie transpéritonéale que par la voie lombaire.

Outre que je ne le pense pas, j'avoue qu'il importe peu d'en enlever un ou deux centimètres, voire même 5 centimètres de plus. Pour être logique, il faudrait enlever tout l'uretère jusques et y compris même la zone urétérale correspondante. Entre enlever tout ou rien, il n'y a pas place à un argument de quelque valeur. Bien mieux, certains chirurgiens allemands prétendent même que les guérisons sont plus parfaites quand, au lieu de lier l'uretère, on le coupe simplement en le laissant béant au fond de la plaie.

4. Bérard parle encore de la nécessité où l'on peut se trouver de laisser des pinces à demeure sur le pédicule.

Mais est-ce là une condition d'infériorité? Le professeur Tansini (de Pavie) ne prétend-il pas obtenir des guérisons remarquables et avoir une statistique presque virginale dans ses néphrectomies grâce à ce que jamais il ne lie le pédicule et laisse des pinces à demeure? Moi-même, à la Société des Chirurgiens de Paris (séance du 4 mars 1910, in *Paris chirurgical*, n° 3 de mars, p. 249 (1), n'ai-je pas montré les *excellents* résultats immédiats et tardifs que donnait l'utilisation *systématique* des pinces à demeure dans certaines néphrectomies primitives et dans toutes les néphrectomies secondaires?

5. Enfin, on parle du morcellement qu'on évite par la voie antérieure. C'est tout à fait faux : d'abord, on ne fait presque jamais le morcellement. Je n'y ai pas eu recours plus de deux fois sur plus d'une *centaine* de cas. Et d'ailleurs, si on y a recours cela tient non pas à ce qu'on opère par la voie lombaire, mais à ce qu'on a affaire à des exérèses d'une difficulté très particulière. Ce n'est pas un défaut inhérent à la voie mais bien à l'organe et au genre de maladie.

En résumé, ces inconvénients n'existent pas puisqu'il est facile d'en démontrer l'inanité.

2° *Avantages.*

A côté de ces inconvénients, qui — nous espérons l'avoir prouvé — n'en sont pas, la voie lombaire a d'inappréciables avantages qui doivent la faire préférer *dans tous les cas* (2).

1. D'abord, c'est une *voie bénigne*. Il est rare qu'on perde un rein opéré par la voie lombaire, une fois réalisées les différentes explorations préliminaires et nécessaires. Ainsi j'ai pu donner au dernier Congrès français de chirurgie ma statistique annuelle (année scolaire 1909-1910) de 30 opérations rénales dont 19 néphrectomies avec 30 guérisons, ce qui donnerait une mortalité de 0 pour 100, si l'on attachait quelque valeur aux preuves souvent fallacieuses des chiffres.

2. La voie lombaire est en outre, en tant que voie basse, une voie admirablement *drainante*. Ceci est tellement vrai que les partisans de la voie antérieure, comme Bérard et Patel, parlent d'une contre-ouverture lombaire.

3. La position à donner aux malades, après l'opération, est toute naturelle, en décubitus dorsal ou légèrement latéral, dans le cas spécial ou *de parti pris*, et d'une *façon systématique*, on laisserait des pinces à demeure.

4. La *protection du péritoine* est toujours assurée par cette voie. Grâce à la position donnée à l'opéré, il ne demande qu'à fuir en avant et à se dérober de lui-même devant les instruments du chirurgien; d'ailleurs, une fois l'incision faite, ce sont les doigts qui travaillent, et s'ils sont bien conduits ils ne feront pas d'effraction de ce côté. Si cependant la chose arrivait, quelques points de catgut rapidement passés en bourse enlèveraient toute inquiétude.

5. La possibilité d'enlever l'uretère aussi loin qu'on veut — quand on le désire — est encore réalisée ici; il n'y a qu'à prolonger son incision, comme on le fait dans l'urétérectomie, et il est alors facile d'arriver jusqu'à la portion pelvienne de ce conduit. Je ne pratique d'ailleurs pas cette conduite, étant partisan des petites incisions.

6. Mais ce qui fait la valeur primordiale de la voie lombaire, à mon avis, c'est la possibilité d'enlever par la *toutes les tumeurs du rein, quelle qu'en soit la grosseur et même quand à la palpation, elles ont un développement antérieur*. J'ai enlevé souvent des tumeurs de 600 à 800 grammes sans aucune difficulté. La décortication se fait en effet souvent, non pas à bout de doigts, comme l'écrit Bérard, mais à pleine main et souvent même, dans le cas de grosse tumeur mobile, de l'autre côté du ventre, l'avant-bras étant en partie caché, ce qui ne constitue pas du tout une condition d'infériorité.

7. Un autre avantage de la voie lombaire, c'est qu'on évite à peu près sûrement les éventrations, surtout quand on fait de petites incisions et de bonnes sutures, du fait même de l'ouverture très en arrière. Cela n'est pas à dédaigner pour un ouvrier qui a besoin de fournir un gros effort après l'opération. On conçoit d'ailleurs que, la pesanteur ayant un rôle à peu près nul ici, il en soit ainsi.

8. Enfin, et bien qu'il s'agisse là d'un caractère secondaire, pour ce qui est de l'esthétique de l'incision, il est évident que celles de la voie lombaire sont bien mieux dissimulées au regard que les incisions antérieures.

En résumé, voie idéale, facile et sûre, qui ne présente que des avantages, sans aucun ennui.

*B.* Voie abdominale

1° *Avantages.*

Bien que je n'en reconnaisse aucun à cette voie, je résumerai, pour les réfuter, ceux que donne Villard.

1. Les opérations, dit-il, se font avec plus de jour. Ceci est tout à fait faux car, outre qu'il y a de puissants écarteurs qui, d'ailleurs, peuvent déchirer la suture séreuse antéro-postérieure, on est gêné d'abord par le foie et surtout par les veines qui, en particulier dans les cas de cancer, sont exagérément développées et saignent beaucoup.

2. Dans son cas particulier, Villard prétend que le pédicule était plus friable à la pince qu'à la ligature et qu'il n'eût pu placer cette dernière par la voie lombaire. En réalité, il y a bien peu de différence entre un bon serrage de ligature et une pince, à moins qu'on serre modérément, mais alors il n'y a plus aucune sécurité et le souci de l'hémostase, — ce premier devoir du chirurgien, — persiste ici.

3. Je passe sur les objections de résection étendue de l'uretère et de morcellement de la tumeur, car j'ai dit plus haut ce qu'il fallait penser de ces critiques.

4. Villard prétend encore que, dans un de ses cas où il blessa la veine cave et où il put mettre une pince, la malade fût morte sur la table d'opération s'il eût opéré par la voie lombaire.

Je crois, au contraire, que par la voie lombaire il eût peut-être évité cette blessure, et qu'en tout cas il eût peut-être pu faire une suture du vaisseau. J'ai rapporté un grand nombre de ces cas avec guérison dans mon travail avec Uteau (1).

Quoi qu'il en soit, le résultat n'aurait pas pu être plus mauvais, puisque sa malade est morte malgré la pince et malgré le choix antérieur de la voie.

5. Enfin, on a prétendu qu'un autre avantage de cette voie était la possibilité de l'exploration du rein *du côté opposé*.

Cette méthode pouvait avoir un semblant de valeur autrefois, mais aujourd'hui où nous sommes riches de moyens d'exploration, et où c'est une faute de faire une opération rénale sans avoir longuement exploré le malade par l'une ou l'autre des méthodes modernes, ce procédé n'a plus aucune valeur, d'autant plus que le fait de palper et de sentir un rein ne prouve absolument rien. Cela ne donne pas son quotient sécrétoire ni sa valeur fonctionnelle exacte. C'est tout au plus un renseignement empirique sans valeur scientifique, c'est-à-dire sur lequel on ne peut pas tabler. Les cas de rein unique ne sont pas assez fréquents pour légitimer ainsi des laparotomies mi-exploratrices et mi-opératoires (2).

En résumé, je ne vois aucun avantage vraiment patent que peut nous offrir la voie antérieure.

2° *Inconvénients*

Ces inconvénients ont toute la force des arguments *ad hominem*.

1. D'abord *on ouvre le péritoine*; de ce fait, il y a danger ou possibilité d'infection, de sorte qu'on doit faire mieux quand on le peut, comme c'est le cas ici, avec la voie lombaire.

La suture préalable des deux feuillets péritonéaux antérieur et postérieur ne compense pas ce danger, car si on coupe le péritoine pour le refermer une minute après, mieux vaut ne pas le couper et passer d'emblée soit par la voie postérieure, soit par la voie latérale.

2. Le danger de blesser les autres organes péritonéaux voisins, comme le colon, doit également entrer en ligne de compte. De même l'inflexion du colon et sa coudure

(1) Lire également *Rivista Urologica*, de Catane, n° 1 du 15 mars 1910.

(2) Sur plus d'une centaine de cas, je n'ai eu recours qu'une seule fois à la voie abdominale sur un malade du service du Prof. Guyon, dans un cas de cancer du rein et je n'ai pu terminer l'opération. Je suis certain que le malade s'en fût tiré si j'eus opéré, comme je le voulais, par la voie lombaire.

(1) F. Cathelin et Uteau. — Les blessures de la veine cave au cours des opérations sur le rein, *in Revue pratique génito-urinaire* de 1908.

(2) Lire la question du *Rein unique* dans mon récent livre des « Méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire », 1 vol. de XII-400 pages et 100 figures chez Paulin, 21, rue Hautefeuille, Paris.

signalée par Bérard lui-même a bien sa valeur.

3. Le fait de ne pouvoir changer son plan d'attaque au cours de l'intervention quand l'état des organes l'exige est encore une objection à cette voie et bien qu'on aie pu néphrostomiser ou néphropexier des reins par la voie antérieure, il est cependant de notion courante que ce genre d'intervention ne peut se bien faire que par la voie lombaire. Tout est possible en chirurgie, mais l'objectif du chirurgien est de mettre le malade dans les meilleures conditions possibles pour l'avenir et de lui donner par conséquent toutes les garanties. Il ne s'agit pas ici de faire à peu près bien et d'éviter la mort, mais de faire tout à fait bien et d'obtenir une guérison intégrale.

4. Enfin la grosse objection à faire à la voie antérieure, *c'est que ce n'est pas une voie drainante* et que dans l'immense majorité des cas d'opérations rénales — plasties exceptées — il s'agit d'opérations qui exigent le drainage, souvent même prolongé. Or, il est illogique de recommander la voie qui le donne le moins, et cela est tellement vrai que Bérard est obligé de mettre sa malade sur le ventre après l'opération, et Villard de recommander une incision lombaire pour le drain, procédé hybride qui condamne la méthode.

En somme, des inconvénients fondamentaux, des craintes surtout, voilà ce qui caractérise la voie antérieure.

* * *

En résumé, la voie antérieure a été, est et restera une voie d'exception. C'est, pour employer la suggestive expression de Durand, la *voie des erreurs de diagnostic*, ce qui explique qu'elle soit préférée par les chirurgiens généraux qui n'ont pas systématiquement recours à l'exploration rénale, et non par les chirurgiens urinaires spécialisés qui y ont pour ainsi dire presque toujours recours.

Dans l'observation de Bérard, il y a eu erreur de diagnostic, et on avait pensé à une hydronéphrose (1).

Dans l'observation de Gangolphe, il y avait eu aussi erreur de diagnostic; on avait pensé à un kyste de la queue du pancréas.

Dans l'observation de Patel, enfin, il y a encore eu erreur de diagnostic; on avait cru à une hydronéphrose (1).

Les faits, qu'on ne peut discuter, sont donc là pour montrer que la voie que nous propose Bérard comme voie de choix dans les grosses tuberculoses massives, fermées d'emblée, est une voie mauvaise qui a tout contre elle, et on n'y aurait certainement pas eu recours si l'on n'avait pas fait d'erreur initiale de diagnostic.

Le mot de Durand est donc vrai; c'est bien la *voie des erreurs*.

## II

L'étude de la voie d'abord d'nn organe ne se comprendrait pas sans l'étude des *incisions* et la connaissance de la meilleure.

### *Variétés d'incisions*

Elles peuvent être classés pour le rein en six variétés :

*a.* les incisions *droites*;
*b.* les incisions *obliques*;
*c.* les incisions *transversales*;
*d.* les incisions *curvilignes*;
*e.* les incisions à *lambeaux* supérieur ou inférieur;
*f.* les incisions *combinées*, doubles, en T ou en H.

Je donne de beaucoup la préférence à l'incision curviligne de Guyon, ou même *recto-curviligne* partant de l'angle costo-vertébral et descendant verticalement à un travers de main de la ligne épineuse, en rapport avec le bord antérieur de la masse sacro-lombaire, se contournant *en bénique* au-dessus de la crête iliaque pour venir mourir à 1 centimètre au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

C'est à la fois une incision élégante, sûre, donnant beaucoup de jour et surtout très drainante.

On conçoit d'ailleurs que cette incision, qui devra être très petite, de 5 à 8 centimètres environ, se modifie avec les opérations et avec les maladies. Ainsi, ce ne sera qu'une simple boutonnière dans le cas de néphrostomie ; elle sera au contraire très longue dans le cas de grosse tumeur cancéreuse ou autre; de même, moyenne dans le cas de néphrorraphie, elle sera plus importante dans un cas de néphrectomie secondaire par exemple (2).

* *

En résumé, cette étude impartiale de la question importante de la voie d'abord du rein montrera, j'espère, — et c'est ce que je voulais démontrer — que la voie abdominale n'est pas du tout la voie de choix pour les grosses tumeurs ni surtout pour les tuberculoses massives fermées d'emblée; qu'au contraire la voie lombaire conserve toutes ses prérogatives, et qu'elle reste toujours la voie de choix, anodine et sûre pour l'ablation de toutes les tumeurs du rein, quelles qu'en soient la nature et la grosseur, réserve faite pour celles de dimensions énormes (un à deux kilos) qui légitiment la voie latérale, *parapéritonéale.*

(1) Même dans ces cas et si grosse que soit la tumeur liquide, c'est à la voie lombaire qu'il faut recourir, avec ou sans ponction préalable.

(1) Pour la découverte du rein, j'ai l'habitude, au lieu de couper plan par plan comme il est classique de le dire, de perforer directement et d'emblée les triangles de J.-L. Petit et de Grynfelt jusqu'à l'aponévrose transverse y compris et de décortiquer des deux doigts toute la zone périnérale postérieure avant de couper les muscles. Ce n'est qu'après que je coupe la paroi si cela est nécessaire en bas et en haut. J'ai eu occasion de bien montrer cette technique simplifiée au dernier Congrès de chirurgie devant une cinquantaine de chirurgiens qui m'ont fait l'honneur d'assister dans mon service à deux néphrectomies pour cancer du rein.

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la coqueluche par des instillations nasales de pommade à la quinine,** par Berliner (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 15 février 1910).

L'auteur a tenté, après d'autres, de recourir à l'emploi de la quinine dans cette affection si désespérante qu'est la coqueluche. L'insufflation de poudre de quinine n'avait guère d'autre effet que de provoquer les quintes. Aussi Berliner préfère-t-il se servir aujourd'hui d'une pommade ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Sulfate de quinine........ | 1 à 2 gr. 50 |
| Axonge.................... | 10 à 15 gr. |

dont il introduit, trois ou quatre fois par jour, gros comme un pois dans chaque narine, au moyen d'une baguette de verre, la tête de l'enfant étant renversée en arrière, afin de faciliter la pénétration de la pommade.

L'efficacité de cette méthode serait très remarquable, puisque l'auteur dit avoir ainsi obtenu une amélioration constante, dès le troisième ou le quatrième jour, au double point de vue du nombre et de l'intensité des quintes. Les résultats seraient d'autant plus rapides et d'autant plus complets que les enfants seraient plus jeunes.

## REVUE CLINIQUE

**Urticaire pigmentaire chronique,** par le Dr Montagnon, médecin des hôpitaux (*La Loire Médicale*).

Je viens d'observer dans mon service un enfant âgé de 5 ans, atteint d'une éruption généralisée, à aspect assez inaccoutumé, pour qu'elle soit l'occasion d'une certaine difficulté de diagnostic.

La mère affirme que son enfant n'a présenté aucune affection depuis sa naissance, si ce n'est une éruption vers l'âge de 5 mois, qui persiste encore et s'est accompagnée à cette époque d'un peu de prurit ; il est impossible d'en avoir d'autres renseignements, elle affirme qu'elle, ni son mari, n'ont jamais rien eu au point de vue syphilitique et que ses autres enfants sont en très bonne santé.

Au premier abord, l'aspect de cette éruption formée de petites plaques brunâtres d'un brun rougeâtre, de la largeur d'une grosse lentille, disséminées un peu partout, face, membres, tronc, confluentes en certains points, fait penser à quelque chose de spécifique ; mais il n'existe aucune trace d'accident syphilitique actuellement, ni antérieurement, et d'ailleurs le traitement spécifique institué pendant une quinzaine (*injection de benzoate d'Hg*), n'a donné aucun résultat.

La peau de mon petit malade est tachetée, comme tigrée, les taches quoique disséminées semblent pourtant un peu plus abondantes à la face dorsale des avant-bras, coudes et poignets, de même sur les joues et les tempes, à la face antéro-interne des cuisses, le dos, les fesses et les lombes, rien à la paume des mains, ni à la plante des pieds.

Les plaques ne s'effacent pas sous la pression du doigt, mais leur teinte s'éclaircit, elles sont arrondies, assez régulières. La vitro-pression donne lieu aux mêmes constatations.

L'enfant n'accuse *aucun prurit* et son état général de santé n'est nullement atteint.

Pendant les trois mois où il est resté en observation, aucune modification n'est survenue, ni aucune poussée faisant passer les éléments à une teinte plus rouge ou plus accentuée ne s'est manifestée.

Mon collègue, le Dr Cénas, qui a bien voulu examiner aussi ce malade s'est arrêté à ce même diagnostic, car il fallait se demander s'il s'agissait de *Xéroderma pigmentosum, de lichen plan, de séborrhéides eczématisantes, ou d'urticaire pigmentaire.*

Il semble bien que l'éruption de notre malade corresponde à ce dernier, car elle en présente les principaux caractères.

Nous savons, en effet, que l'urticaire pigmentaire est propre à l'enfance, se montre dans la *première enfance de 15 jours à 3 ou 4 mois*, « début exceptionnel après la première année, les enfants sont en général bien portants.

« A la période d'état « la surface du corps « est recouverte de plaques brunes, pigmentées, « la peau est tachetée comme celle d'un léopard, « elle est tigrée, a une apparence truitée typi- « que... Il est assez fréquent de voir l'éruption

« respecter la face, la paume des mains, la plante des pieds... Les plaques sont toujours plus ou moins colorées, varient depuis la teinte café « au lait clair jusqu'au brun foncé, brun chamois et même au brun livide sur les parties « déclives... Sous la pression du doigt la plaque « ne s'efface pas complètement... Leur dimension est celle de nn pois à une pièce de 20 « centimes. L'urticaire pigmentaire évolue « *sans « que l'état général soit altéré ;* les enfants se « développent normalement. Ces phénomènes « persistent pendant plusieurs années, puis les « poussées diminuent et au bout de 5 à 6 ans « la maladie entre dans une phase de décrois- « sance. Toutefois la durée en est indéterminée, « on peut l'évaluer à huit ou dix ans ; pendant « des années les lésions restent stationnaires « (*La pratique dermatologique.*) »

Le *Xéroderma pigmentosum* débute ordinairement au cours de la première, deuxième et troisième année, il se montre de préférence au niveau des parties du corps privées de vêtement et exposé à la lumière solaire.

Il est constitué par l'association de trois éléments : *taches érythémateuses* punctiformes, ou linéaires, *taches pigmentaires* brunes, petites, analogues aux taches de lentigo, *taches rondes* ou des traînées linéaires d'un *blanc brillant*, d'aspect cicatriciel. Plus tard la peau devient sèche, fendillée, ridée, se soulève en écailles minces. Aspect parchemin du dos des mains et du visage.

L'état général est bon, mais, tôt ou tard, la maladie aboutit à la formation de tumeurs, plus ou moins nombreuses, à forme maligne.

*L'urticaire pigmentaire* est aussi une maladie de la première enfance aboutissant à la production des tâches érythémateuses, mais, elles paraissent par poussées, elles disparaissent assez rapidement, les taches pigmentaires leur succèdent immédiatement, l'éruption respecte les extrémités, elle se produit sur les points les plus variés de la peau ; les pigmentations ont des dimensions plus considérables que celles du Xéroderma; les poussées éruptives cessent de se produire après un certain temps, il n'y a pas de taches atrophiques, d'éclat parcheminé de la peau, de tendance à la production de tumeurs malignes.

Le *lichen* est une maladie de l'âge adulte relativement rare dans la première enfance. Les plaques lichénifiées sont formées de sortes de petites papules nacrées, brillant aux incidences de la lumière, extrêmement nombreuses, très serrées : papules ayant la dimension d'une pointe d'aiguille, à peine colorée en rose, puis grosse comme une tête d'épingle, rarement grosse comme une lentille, il existe des stries blanches caractéristiques.

Elles occupent plus souvent : face antérieure du poignet, avant-bras, partie inférieure de l'abdomen, cou, membres inférieurs parties génitales, faces latérales du tronc, paume des mains, plante des pieds, cuir chevelu (*par ordre de fréquence*).

Quant aux *séborréhides eczématisantes* (Audry), les formes chroniques sont psoriasiformes, érythrodermiques; elles se présentent exceptionnellement sous forme de placards disséminés sur la peau glabre, particulièrement des lombes région sacrée, ressemblant au lichen plan corné; la plaque est toujours entourée d'un liseré rose fauve, leur point d'élection est la région occipitale.

Il s'agit donc dans notre cas, *d'urticaire pigmentaire chronique*, qui cadre parfaitement avec la description de Perrin (*la pratique dermatologique*) et résumée plus haut ; ces faits sont assez rares pour qu'il m'ait paru intéressant de rapporter celui-ci.

MM. Nicolas et Moutot ont publié nn cas semblable (Province médic. mars 1910) d'urticaire pigmentaire et insistent aussi sur la rareté de ces cas.

L'étiologie de l'urticaire pigmentaire est fort mal connue, c'est en Angleterre où les faits ont été le plus fréquemment observés par G. Little.

Il arrive quelquefois que l'on note nn certain degré d'hérédité familiale, ou des antécédents nerveux chez la mère ; certaines irritations cutanées ou certaines causes émotives ost été invoquées, rien de cela ne se retrouve à propos de notre petit malade, dont le pére, la mère et les frères ou sœurs sont en parfaite santé.

On a incriminé encore les autointoxications digestives (Darier), on certains troubles du foie ou de ses fonctions, cette origine serait plus vraisemblable, en ce qui concerne le fait dont nous nous occupons, si on tient compte du milieu où vivait l'enfant, mais toutefois je ne possède aucun renseignement précis qui autorise cette explication scientifiquement, ce qui revient à dire que la cause réelle nous échappe et que l'étiologie reste obscure.

Au point de vue pronostic. on peut dire qu'il est bénin, mais que la durée de la maladie est indéterminée.

Quant à la thérapeutique, elle est sans action, il paraît démontré que la chaleur est nuisible, donc proscrire les bains trop chauds, les bains sulfureux.

On se bornera à des soins de propreté et quelques lotions rafraîchissantes à l'eau vinaigrée, phéniquée, mentholée on camphrée.

Nous devons ajouter cependant que Jacob (1) a publié un cas de guérison par la radiothérapie; ce traitement a été tenté (Nicolas et Moutot) par M. Bonnet (2), « mais a dû être suspendu par suite des difficultés de son application chez l'enfant. »

**Colique hépatique avec septicémie coli-bacillaire**, par M. P. Menetrier, médecin de l'hôpital Tenon et M. Brodin, interne à l'hôpital Tenon (*Soc. méd. des Hôpitaux*).

Si le plus souvent la colique hépatique évolue sans fièvre, ou seulement avec une très légère réaction fébrile, elle se complique parfois d'une forte élévation de température revêtant en général le type intermittent.

Autrefois attribuée par Charcot à l'introduction dans le sang d'un poison morbide pyrétogène résultant d'une altération du liquide biliaire, cette fièvre est actuellement rattachée à une septicémie par infection biliaire, d'où le nom de fièvre bilio-septique que lui a donné M. Chauffard. Mais quoique universellement admise, cette septicémie a été bien rarement démontrée par la constatation pendant la vie, au cours de l'accès même, des parasites présents dans le sang, et c'est précisément cette constatation qui nous paraît faire l'intérêt de l'observation que nous rapportons ici.

*Observation.* — X..., Juliette, trente-deux ans ménagère, entre à Tenon, salle Valleix, n° 14, le 2 juin, pour douleurs dans la région hépatique.

Après une atteinte de fièvre typhoïde grave à l'âge de dix ans, les premiers symptômes d'une affection hépatique ont fait leur apparition à l'âge de vingt-cinq ans.

A cette époque, dès le début de sa troisième grossesse, la malade a présenté pendant six semaines une série de coliques hépatiques survenant presque chaque jour, accompagnées d'un peu d'ictère, de quelques vomissements, mais sans réaction fébrile.

Depuis cette date, tous les deux ou trois ans, la malade a eu de nouveau une crise douloureuse occupant la région hépatique et plus particulièrement la zone vésiculaire ; ces crises duraient deux à trois heures, ne s'accompagnaient ni d'ictère ni de fièvre, mais d'une manière à peu près constante il existait des vomissements alimentaires puis bilieux. La dernière survenue en avril au moment où la malade après un séjour de quatre mois dans l'Amérique du Sud allait rentrer en France, a été un peu plus intense et a duré sept heures.

La crise actuelle a débuté brusquement le 31 mai à 11 heures du matin. A 5 heures du soir, les douleurs cessent mais reparaissent le lendemain 1er juin, à 6 heures du soir, pour persister toute la nuit très intenses avec vomissements incessants alimentaires puis bilieux.

Le 2 juin au matin, la malade entre à l'hôpital.

Elle se plaint d'une douleur diffuse, occupant la région hépatique et la partie supérieure de l'hypocondre droit, exaspérée par la moindre pression surtout au niveau du rebord costal; tout l'abdomen est douloureux à la palpation.

Il existe de l'ictère peu foncé des téguments avec pigments biliaires dans les urines ; le pouls est rapide, bien frappé ; la température, à 40°2.

A 3 heures de l'après-midi, la malade est prise de violents frissons suivis d'une sensation de chaleur très intense et d'agitation.

A 5 heures, elle parle continuellement, ne veut pas rester couchée; la douleur est très vive, la température de 40°9.

On lui fait une piqûre de morphine.

Bientôt l'agitation fait place au coma. A 6 heures, la malade est dans le décubitus dorsal, immobile, couverte de sueur, présentant de l'incontinence des urines. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose, n'accuse plus la moindre douleur par la pression de la région hépatique ; son pouls bat à 180 pulsations par minute.

Un ensemencement de sang est pratiqué.

La nuit est calme ; le lendemain matin, la température est redescendue à 37 degrés ; la malade ne se rappelle rien de ce qui s'est passé la veille et accuse seulement un certain endolorissement de la région hépatique.

Le soir, la température remonte un peu et se maintient aux environs de 38 degrés jusqu'au 7, date à laquelle elle redevient définitivement normale.

Au summum de la crise, 15 centimètres cubes de sang, recueillis après désinfection soignée des téguments au niveau du pli du coude, sont ensemencés dans 300 centimètres cubes de bouillon ; ils donnent une culture pure de coli-bacilles : bacilles mobiles, ne prenant pas le gram, donnant des cultures gélatineuses sur gélose, recouvertes d'un voile avec aspect moiré en bouillon, faisant virer au rouge le bouillon lactosé tournesolé.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre.

Tout d'abord elle confirme l'importance du coli-bacille dans les infections biliaires, et l'origine infectieuse des réactions fébriles accompagnant la migration des calculs. Des faits analogues ont été, il est vrai, depuis longtemps signalés à propos des complications de la lithiase, et l'un de nous, notamment, a autrefois publié un cas d'ictère grave consécutif à une obstruction biliaire durant depuis quatorze ans, et dont l'agent pathogène paraissait être le bacterium coli rencontré en culture pure dans les voies biliaires (Observation publiée dans la thèse de Macaigne, Paris 1892). Mais dans ce cas, comme dans la plupart des faits semblables auxquels nous faisons allusion, il s'agissait toujours de constatations purement nécropsiques ; les microbes ayant été recueillis seulement à l'autopsie, leur rôle pathogène restait discutable et l'on pouvait aussi bien les attribuer à l'envahissement cadavérique.

C'est qu'en effet, le bacterium coli est, de tous les parasites commensaux de notre intestin, celui qui diffuse le plus rapidement après la mort. Et même pendant la phase agonique il envahit fréquemment la circulation, comme nous avons pu encore récemment le constater chez un enfant qui venait de succomber à des hémorra-

(1) British Dermat. (Janv. 1907).
(2) Soc. méd. des hôpitaux (Lyon 22 novembre 1909).

gies intestinales, et dont le sang recueilli aseptiquement, moins d'un quart d'heure après la mort, nous a donné une culture pure de coli-bacille.

De fait, les observations de septicémie coli-bacillaire qui échappent à cette critique de l'envahissement cadavérique possible, et dans lesquelles le coli-bacille a été trouvé dans le sang pendant la vie, sont encore relativement rares, et nous n'en avons pas rencontré qui, comme notre cas, concernent précisément la colique hépatique.

Ainsi le coli-bacille n'a été trouvé dans le sang pendant la vie que dans :

Deux cas d'ictère grave (Netter, 1886; Hanot et Boix, 1894).

Trois cas de fièvre urineuse (Hartmann et de Gennes, 1888 ; Albarran, 1889 ; Littmann et Barlow, 1894).

Un cas de grippe (Siredey et Bodin, 1895) ;

Après trois opérations de fibromes (Vautrin, 1899).

Cinq cas de fièvre puerpérale (Schottmüller, 1901 ; Widal et Lemierre 1904 ; Blackader et Gillier, 1907 ; Marquis, 1908).

Un cas de phlegmon gangréneux de la fosse ischio-rectale (Widal et Lemierre, 1904).

Quatre cas d'infections générales (Widal et Lemierre, 1904, deux cas ; Hérard de Besse, 1910; Krencker, 1907).

Un cas de paralysie générale (Achard et Grenet, 1904).

Un cas de cirrhose alcoolique (Krencker, 1907).

Remarquons enfin que, contrairement à l'opinion souvent émise d'une action hypothermisante du bacterium coli, la poussée fébrile a, dans notre cas, été extrêmement intense.

## REVUE DE CHIRURGIE

**Tumeur intra-herniaire constituée par une hypertrophie lipomateuse du grand épiploon**, par le Dr Carlos Lepoutre, chef de Clinique chirurgicale (Société Anatomo-Clinique de Lille).

On a fréquemment l'occasion de rencontrer de l'épiploon dans un sac herniaire. S'il a subi des poussées inflammatoires multiples, cet épiploon est modifié : il devient bosselé, dur, squirreux et d'aspect lardacé. Il est uni au sac par des adhérences, et la tumeur ainsi produite est irréductible. C'est là un fait banal dans l'étude des hernies.

Le cas que nous venons d'observer est assez différent, et il ne s'agit pas d'épiploïte chronique, au moins d'une épiploïte de forme commune. C'est celui d'une tumeur du grand épiploon, rencontrée dans un sac herniaire, tumeur que nous avons cru de suite être un lipome. Mais, comme nous le verrons en détail plus loin, les lobules adipeux ne sont pas suffisamment séparés de l'épiploon pour mériter ce nom, et nous avons plutôt affaire à une *hypertrophie lipomateuse* du grand épiploon.

Voici d'abord l'observation, que quelques particularités cliniques rendent assez intéressante :

Mme K... Irma, 49 ans, entre à l'hôpital d'urgence, le 6 avril 1910, dans l'après-midi.

Elle porte une hernie depuis une vingtaine d'années. Un bandage l'a jusqu'ici préservée de tout accident. La hernie était quelquefois six mois sans sortir, et toujours on la réduisit avec la plus grande facilité. Debout toute la journée, Mme K... exerce la profession de blanchisseuse, et jamais elle n'interrompit ses occupations du fait de sa hernie.

Le 3 avril, elle avait appliqué son bandage comme de coutume, et ce jour-là rien de particulier ne l'avait frappée. Le 4, au réveil, elle se sent lasse, courbaturée, et d'abord n'y prend pas garde. Mais au moment où elle veut appliquer son bandage, elle s'aperçoit que la hernie ne rentre plus. Effrayée, elle fait appeler son médecin, qui cherche, mais en vain, à réduire la hernie. Pendant trois jours, le 4, le 5 et le 6, on se livre à des manœuvres de taxis variées, nombreuses et prolongées, mais toujours sans résultat. Le 6, dans la soirée, elle entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Duret, demandant une réduction immédiate de sa hernie.

Le diagnostic d'étranglement herniaire ne s'impose pas tout d'abord. Le malade n'a pas présenté de vomissements et elle est allée à la selle dans la journée du 5. A l'examen, on sent à la base du triangle de scarpa à droite, une masse de la dimension d'un œuf de poule, se continuant par un pédicule filant nettement vers l'anneau crural. Elle est rénitente, absolument mate et irréductible. Elle est relativement peu douloureuse. Le ventre est ballonné.

En somme, on n'a pas le tableau ordinaire d'une hernie intestinale étranglée. Mais on sait que l'étranglement se présente parfois d'une manière insidieuse, voire même fruste (1).

D'autre part, la hernie étranglée donne souvent lieu à de la matité. Enfin la malade est absolument affirmative, la hernie qui rentrait facilement est devenne soudainement irréductible. Dans ces cas douteux, il faut agir, et l'intervention, demandée par la malade, fut pratiquée immédiatement.

On aborde l'orifice crural comme de coutume, le sac herniaire est dégagé, puis ouvert. A l'intérieur du sac, on trouve une masse sur la nature de laquelle on n'est pas immédiatement fixé. Après une inspection attentive, voici ce que l'on constate. La masse, du volume d'un œuf, a l'aspect d'une tumeur graisseuse, entourée de toute part de péritoine. Elle présente une légère adhérence en dehors avec le collet du sac : elle est sectionnée. La tumeur se continue alors vers l'abdomen par un pédicule dont on peut facilement faire le tour avec un doigt. On l'attire avec précaution et on s'aperçoit que ce pédicule est constitué par l'épiploon. On résèque la tumeur lipomateuse, on fait une ligature en chaîne de l'épiploon et on le réduit dans l'abdomen. Ligature et résection du sac. Fermeture du canal crural par des points rapprochant l'arcade crurale du muscle pectiné. L'orifice crural n'était pas particulièrement élargi et on s'explique mal comment la tumeur a pu le traverser à l'insu de la malade.

Suites opératoires normales. L'opérée quitte l'hôpital le 19 avril.

Dans son ensemble la tumeur a la forme d'un rein dont le hile est dirigé en haut et reçoit la portion d'épiploon normal. Son diamètre transversal est de 8 centimètres et sa hauteur de 5 centimètres. Elle est bosselée, mais recouverte dans toute son étendue par la séreuse péritonéale, ce qui lui donne un aspect lisse et régulier. A la coupe elle est formée de lobules adipeux séparés par du tissu conjonctif. Les lobules adipeux, dans leur ensemble, donnent l'aspect habituel des lipomes : ils sont beaucoup plus volumineux que les lobules de la partie normale d'épiploon enlevée avec la tumeur. Le tissu conjonctif est assez abondant, il est lâche et ne s'organise pas en faisceaux épais ou durs.

Au niveau du hile de la tumeur, les lobules graisseux se transforment peu à peu en lobules plus petits pour se continuer avec l'épiploon normal. Il n'est pas possible d'indiquer d'une manière précise où finit l'épiploon ni où commence la tumeur.

En somme, l'aspect extérieur de la tumeur, régulièrement tapissée de péritoine, libre d'adhérences avec le sac, et aussi son aspect à la coupe, gros lobules adipeux séparés par du tissu conjonctif lâche, nous permettent de la différencier de l'épiploïte chronique. Le terme d'*hypertrophie lipomateuse* rend bien l'aspect observé.

(1) Nous avons opéré dernièrement une hernie crurale étranglée chez une femme qui présentait de la *diarrhée*, en même temps d'ailleurs que des vomissements alimentaires.

A quoi attribuer cette formation ? Depuis longtemps, on a attribué aux traumatismes, aux irritations locales répétées une action dans l'étiologie des tumeurs en général, des lipomes en particulier. Sans doute, les réactions produites dans l'épiploon du fait d'une hernie vieille de vingt ans, du fait aussi d'un bandage plus ou moins approprié, ont abouti à la lésion que nous avons rencontrée.

Si l'on se reporte à l'histoire clinique, on s'explique mal comment une tumeur du volume indiqué a pu traverser brusquement l'orifice crural à l'insu de la malade. C'est, en effet, au moment de mettre le bandage qu'on s'est aperçu de l'irréductibilité de la hernie. La hernie sortait rarement et rentrait toujours avec facilité: la malade l'affirme, et son effroi et les thérapeutiques multiples auxquelles on a eu recours prouvent qu'elle se croit dans la vérité : on ne peut croire non plus qu'une tuméfaction aussi importante de l'aine ait pu passer inaperçue.

Le traitement a été des plus simples : ablation du lipome avec ligature en chaîne de l'épiploon. Il ne diffère pas de celui qu'on applique habituellement à l'épiploon adhérent dans un sac herniaire.

**Traitement des cystocèles par fixation vésicale rétro-utérine** par le Dr Emile Reymond (*Congrès de Gynécologie de Toulouse*).

Le traitement en deux temps des prolapsus vésico-utérins peut être facilité par un procédé que nous avons déjà décrit : au cours du temps vaginal on libère la vessie de toutes ses adhérences périnéales, on la refoule dans l'abdomen et on l'y maintient en reconstituant sous elle la sangle du releveur de l'anus.

Dans le temps abdominal la vessie se présente volumineuse, génant l'hysteropexie : avant de faire celle-ci, on effondre de chaque côté les ligaments larges et, par ces fenêtres, on attire en arrière de l'utérus les bords latéraux de la vessie qu'on suture entre eux.

Ayant eu l'occasion de pratiquer une laparotomie à une malade opérée auparavant par ce procédé, nous avons pu constater que le manchon vésical péri-utérin, ainsi constitué, demeurait en place.

**Hémorragies utérines dans un cas d'oblitération complète de l'orifice du col**, par le Dr Emile Reymond (*Congrès de Gynécologie de Toulouse*).

Les fibromes de la cavité utérine peuvent adhérer à la paroi interne de celle-ci et présenter des pédicules secondaires ; cette adhérence peut se produire entre le polype fibreux faisant saillie dans le vagin et le col qu'il a traversé ; le col est alors oblitéré, s'efface et fait corps avec le polype. Celui-ci, devenu vasculaire peut donner lieu à des hémorragies vaginales qui étonnent d'autant plus le clinicien que celui-ci ne trouve plus trace d'orifice du col utérin.

## REVUE DE LA TUBERCULOSE

**L'Albumino-réaction de l'expectoration chez les tuberculeux**, par le Dr Geeraerd, médecin-directeur des dispensaires Albert-Elisabeth et Léopold de Bruxelles. (*Tuberculosis*).

Dans une première communication faite, en juillet 1909, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Roger et Lévy exposaient les renseignements cliniques qu'ils obtenaient de la recherche de l'albumine dans l'expectoration. D'une technique simple, la réaction préconisée décèle la présence d'albumine dans les crachats au cours de diverses affections : bron-

cho-pneumonie, pneumonie, gangrène pulmonaire, dans certains cas de bronchites albuminuriques, tuberculose.

C'est en ce qui concerne cette dernière affection, que les résultats obtenus paraissent particulièrement intéressants : la présence d'albumine dans les crachats constituerait un signe précieux d'une grande sensibilité, d'une constance presque certaine, et permettrait d'aider au diagnostic dans les cas douteux, beaucoup plus efficacement que la recherche si ingrate du bacille de Koch. Les résultats annoncés par Roger et Lévy sont basés sur de très nombreuses observations ; une thèse publiée en décembre 1909, par Mlle Wourmon, est appuyée de 79 cas nouveaux qui, tous, paraissent confirmer la valeur de la méthode.

Il y a quelques mois, enfin, en mars 1910, à la Société des Médecins de Leysin, des résultats des plus encourageants ont été apportés par MM. Robert et Dieudonné le premier tablant sur 118 et le second sur 57 cas.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est parfois des plus épineux et chacun sait combien peu il faut compter, pour étayer une opinion, sur la présence du bacille de Koch dans l'expectoration. Tout médecin apprécierait donc une méthode simple, telle que la recherche préconisée par Roger et Lévy, qui lui permettrait d'affirmer un diagnostic hésitant. Particulièrement chez les enfants, où il est souvent si malaisé de se faire une opinion certaine, l'albumino-réaction apportera un concours précieux, si l'expérience confirme sa valeur.

Pour la technique de la méthode, on pourra se reporter à l'article que Roger et Lévy ont fait paraître dans la *Presse médicale* du 20 avril 1910.

J'ai examiné, au point de vue de l'albumino-réaction, l'expectoration de 150 malades ; les résultats se répartissent comme suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cas positifs 117 | 1re degré 69 | bacilles de Koch + 18 | bacilles de Koch — 51 |
| | 2me degré 28 | bacilles de Koch + 19 | bacilles de Koch — 9 |
| | 3me degré 20 | bacilles de Koch + 14 | bacilles de Koch — 6 |
| Cas négatifs 33 | 7 cas chez des malades présentant ou ayant présenté des signes cliniques certains de tuberculose pulmonaire. | | |
| | 26 cas chez des malades toussant et expectorant, mais ne présentant aucun signe clinique de tuberculose pulmonaire. | | |

Il convient de nous arrêter à l'étude des cas négatifs. La première catégorie de ces cas (26) concerne des maladies ne présentant aucun signe clinique de tuberculose pulmonaire; ce sont des gens qui, inquiets le plus souvent d'une toux persistante et rebelle, viennent se présenter à la consultation des Dispensaires dans l'espoir d'améliorer de vieilles lésions bronchiques. Dans la plupart de ces cas, j'ai procédé, à titre de contrôle, à la cuti-réaction qui s'est toujours montrée négative. Voici, à titre d'exemple, une observation où les deux réactions ont été pratiquées et se sont montrées concordantes.

Observation 1. — Homme âgé de 25 ans, tousse fréquemment depuis plusieurs années; présenterait de la fièvre à certaines périodes. Pas de Koch dans l'expectoration. Appétit conservé. Poids 56 kilogrammes. A l'examen : Inspiration un peu rude, expiration prolongée au sommet droit; râles bronchiques disséminés dans les deux poumons. L'albumino-réaction d'abord pratiquée fut négative, de même que la cuti-réaction huit jours plus tard. Ce malade a été revu à deux reprises depuis quatre mois ; l'état général est excellent et, en ce moment, il n'existe plus ni toux ni expectoration.

La réaction de Roger et Lévy peut se montrer négative dans des cas où des lésions de tuberculose, pulmonaire existent sans contestation possible et cette éventualité s'est présentée dans 7 cas au cours de mes recherches; certains de ces cas concernent des malades ayant eu des bacilles de Koch dans l'expectoration, mais n'en ayant plus depuis longtemps au moment où la recherche de l'albumine a été pratiquée.

Observation 2. — Homme âgé de 25 ans ; l'affection a débuté depuis six mois au moment de la première visite au Dispensaire. Présente de la toux, de l'expectoration contenant des bacilles de Koch, fièvre, amaigrissement. Examen : Signes d'infiltration du tiers supérieur du poumon droit. Envoyé à Borgoumont, où il fait une cure de neuf mois. Au retour : gain en poids 15 kilogr. 5; il ne persiste que très peu de toux et d'expectoration : celle-ci ne contient plus de bacilles de Koch. L'albumino-réaction est négative. Le malade a été revu deux fois depuis deux mois; il a repris son travail, continue à grossir et ne présente plus aucun signe subjectif.

Observation 3. — Homme âgé de 41 ans ; envoyé par le Dispensaire au Sanatorium en 1905, pour lésions du 1er degré avec bacilles de Koch dans l'expectoration. A toujours été bien portant depuis sa cure ; l'analyse bactériologique faite à plusieurs reprises s'est toujours montrée négative. — Albumino-réaction négative.

Les autres observations concernant des malades chez qui l'albumino-réaction s'est montrée négative et en désaccord apparent avec les symptômes cliniques, peuvent être calquées sur les deux exemples que je viens de signaler; elles prouvent que la réaction de Roger et Lévy ne se produit pas lorsque des lésions fermées, cicatricielles, succèdent à des poussées actives de tuberculose pulmonaire.

Quelle valeur convient-il d'attribuer à l'albumino-réaction au point de vue général du diagnostic de la tuberculose pulmonaire ? Il n'a jamais été, je pense, dans la pensée de Roger et Lévy d'en faire une réaction spécifique et l'on ne peut lui donner que l'importance d'un symptôme ayant une signification bien déterminée et venant s'ajouter aux autres signes cliniques. Il me paraît difficile de se rallier aux conclusions apportées par Roulet à la Société des médecins de Leysin lorsqu'il déclare que, en l'absence d'albumine dans les crachats, on peut rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. C'est là un principe qui peut s'appliquer, peut-être, aux divers modes de réactions spécifiques (cuti, intra-dermo, oculo-réaction — injection sous-cutanée de tuberculine), mais qui serait de nature à fausser complètement le diagnostic dans certains cas; les observations signalées plus haut en sont la preuve.

Le fait que l'albumino-réaction peut se montrer négative, dans des cas que le clinicien considère comme positifs, me paraît important en ce sens que l'absence d'albumine serait de nature à constituer une preuve de l'état cicatriciel des poumons à la suite d'une cure efficace; elle serait aussi une indication à provoquer une nouvelle cure le jour où l'albumine serait de nouveau décelable dans l'expectoration du malade.

Pour établir le diagnostic précoce, je considère la réaction comme possédant une valeur très réelle, d'une très grande sensibilité, infiniment plus délicate que la recherche du bacille de Koch.

Il est évident que l'examen microscopique conservera toujours son importance, mais chacun sait qu'il serait dangereux d'attendre l'apparition du bacille spécifique dans les crachats pour imposer aux malades une cure efficace et c'est ici que l'albumino-réaction prend une importance considérable. Voici une observation démonstrative à ce point de vue.

Observation 4. — Homme âgé de 27 ans, se présente au Dispensaire il y a trois mois, il tousse et crache depuis quelque temps. Pas de fièvre; pas d'amaigrissement. Etat général excellent. Aucun trouble subjectif. A l'examen, un peu de rudesse inspiratoire au sommet gauche. Je procède à la recherche de l'albumine dans l'expectoration, et la réaction est positive. Examen microscopique négatif au point de vue du bacille de Koch. Laissant le diagnostic en suspens, je tiens le malade en observation et je le revois au bout d'un mois. La situation n'a pas changé; aucune aggravation. La cuti-réaction, faite en ce moment, se montre positive. Un mois plus tard, je revois de nouveau le malade : il existe alors de la température presque tous les soirs, un peu d'amaigrissement et je perçois des craquements au sommet gauche. J'ai envoyé le malade au Sanatorium.

Si donc chez un malade présentant des signes douteux de tuberculose pulmonaire au début, la recherche de l'albumine dans l'expectoration se montre positive en même temps que la cuti-réaction, le diagnostic pourra être affirmé dans la plupart des cas.

L'utilité de la réaction Roger et Lévy ressort ici de ce fait qu'une cuti-réaction seule est insuffisante pour affirmer qu'il existe une lésion en évolution, tandis que telle sera précisément la signification à attribuer à la présence d'albumine dans les crachats.

On pourrait, à mon sens, schématiser comme suit la valeur de l'albumino-réaction, combinée à la cuti-réaction, en présence de signes cliniques douteux de tuberculose pulmonaire.

C R négative + A R positive = affection pulmonaire de nature non tuberculeuse;

C R positive + A R négative = tuberculose pulmonaire fermée.

C R positive + A R positive = tuberculose pulmonaire en évolution.

En conclusion, j'estime que la réaction de Roger et Lévy doit prendre place dans la pratique courante, eu égard à sa valeur et à sa grande facilité d'exécution. Particulièrement dans les Dispensaires antituberculeux l'albumino-réaction doit être introduite, combinée aux diverses réactions spécifiques, notamment à la cuti-réaction, et en lui accordant la signification que j'ai schématisée plus haut.

## REVUE D'UROLOGIE

**Caractérisation de l'urobiline par les sels de zinc**, par M. Weitz. *(Journal de pharmacie et de chimie)*.

Jaffé a proposé de caractériser l'urobiline par la fluorescence verte qu'elle donne en présence de certains sels de zinc ; on s'adressa d'abord au chlorure de zinc ammoniacal ; plus tard D. Denigès fit remarquer qu'avec le sulfate de zinc on obtient la même fluorescence; enfin, on utilisa l'acétate de zinc, qui donne de bons résultats ; MM. Roman et Delluc emploient une solution alcoolique de ce sel au millième ; M. Schlesinger prend un excès de ce sel, ce qui présente l'avantage d'éliminer de l'urine examinée une grande partie de ses pigments autres que l'urobiline et permet ainsi d'opérer sans défécation préalable. Il opère de la manière suivante : il prépare un mélange d'acétate de zinc avec 10 fois son poids d'alcool absolu, et il ajoute à un volume donné d'urine un même volume de ce mélange ; il filtre et il observe le liquide filtré sur un fond noir; la fluorescence caractéristique se manifeste si l'urine contenait de l'urobiline.

On décèle ainsi l'urobiline déjà formée; pour déceler l'urobiline totale (urobiline préformée, chromogène), il suffit d'ajouter à l'urine quelques gouttes de solution iodo-iodurée de Gram avant l'expérience.

M. Weitz, dans ses essais, a adopté le procédé de M. Schlesinger, qu'il a légèrement modifié; il lui a paru inutile de préparer à l'avance un mélange alcoolique au dixième; d'autre part, il a augmenté la proportion d'acétate de zinc, dans le but d'en avoir un excès non dissous, qui rend la filtration plus rapide; enfin, au lieu d'alcool absolu, il s'est servi d'alcool à 95°. Voici, d'ailleurs, comment il procède : il prend dans un verre à pied 20 c. cubes d'urine, dans laquelle il projette 4 gr. d'acétate de zinc pulvérisé; il agite, et il ajoute 20 c. cubes d'alcool à 95°; il agite de nouveau; il laisse en contact pendant une heure ou deux, et il filtre (ce contact prolongé n'est pas indispensable. si l'urine contient une proportion notable d'urobiline, on obtient la fluorescence en filtrant immédiatement).

Le valérianate de zinc, employé dans les mêmes conditions, a donné à M. Weitz des résultats identiques. Comme avec l'acétate de zinc, la fluorescence se conserve très longtemps, quelquefois pendant un mois, à condition d'éviter l'oxydation par l'air et la lumière.

L'hydrocarbonate, obtenu par double décomposition, lavé et desséché à basse température, donne aussi la fluorescence, verte, mais avec moins d'intensité.

Quant au lactate de zinc, M. Weitz a constaté qu'il est indispensable d'ajouter au mélange, avant de filtrer, de 2 à 4 gouttes d'ammoniaque pour les quantités ci-dessus indiquées; on obtient ainsi une réaction aussi nette qu'avec l'acétate ou le valérianate de zinc, mais il faut éviter un excès d'ammoniaque, qui nuirait à la réaction.

M. Weitz a recherché si les sels de zinc des acides forts conduiraient aux mêmes résultats; il a essayé le chlorure et le sulfate de zinc, mais ces réactifs, trop énergiques, ont été d'un emploi moins facile. Leurs solutions sont plus acides que celles des sels à acide organique; on peut toutefois les utiliser si l'on prend la précaution d'ajouter à ces solutions de l'ammoniaque diluée au tiers jusqu'à neutralité absolue. On prépare ainsi des suspensions selon la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Sulfate ou chlorure de zinc . . | 15 gr. |
| Ammoniaque au tiers environ | 80 c. cubes |
| Eau distillée q. s. pour faire. | 100 — |

Ces suspensions renferment, dans le cas du sulfate, une précipité d'oxyde de zinc hydraté, et, dans le cas du chlorure, un mélange d'oxychlorure et de sous-sels.

En mélangeant 20 c. cubes d'urine avec 10 c. cubes de l'un ou l'autre de ces réactifs et 20 c. cubes d'alcool à 95°, on observe presque immédiatement la fluorescence verte, après agitation et filtration. Toutefois, si la réaction semble plus rapide, elle est certainement moins sensible, et le dichroïsme est moins persistant, ce qui résulte vraisemblablement d'une oxydation de l'urohiline par le réactif.

Il est bien entendu que, dans tous les cas ci-dessus énumérés, on ne retrouve que l'urobiline préformée et que l'urobiline totale ne peut être décelée qu'en oxydant le chromogène en ajoutant à l'urine 1 à 2 p. 100 de liqueur de Gram ou d'une solution de persulfate de soude au centième.

Les pigments étrangers (pigments biliaires, sang, indoxyle) ne semblent pas nuire à la réaction; chaque fois que M. Weitz a trouvé ces pigments associés à l'urobiline, il a pu caractériser nettement les uns et les autres.

Les pigments biliaires ont donné la réaction de Gmelin, ainsi que la teinte verte par le chlorure de baryum et l'alcool chlorhydrique (procédé Grimbert).

Le sang est reconnu facilement au spectroscope ou par la réaction de Meyer ou par celle de Teichmann (cristaux d'hémine).

Enfin, l'indoxyle a pu être séparé de l'urobiline en précipitant celle-ci par le sous-acétate de plomb; par des lavages réitérés, l'indoxyle est éliminé et peut être caractérisé dans les premières portions du filtratum. Le précipité plombique, lavé à l'eau distillée et desséché à une douce chaleur, est repris par l'alcool à 90° additionné de 5 p. 100 en volume d'acide sulfurique pur; après ce traitement, on a un liquide alcoolique jaunâtre, qui neutralisé par l'ammoniaque au tiers, donne la fluorescence caractéristique.

Si l'on emploie l'acétate, le valérianate ou le lactate de zinc, on peut retrouver l'urobiline dans des urines où le spectroscope clinique à vision directe n'en montre pas et où il avait été impossible de la déceler à l'aide du procédé bien connu qui consiste à déféquer l'urine par le sulfate mercurique, à agiter avec le chloroforme et à ajouter de l'acétate de zinc; il est, d'ailleurs, fort possible, comme le pense M. Florence, que le sulfate mercurique contribue à enlever une portion notable d'urobiline.

Avec son procédé, M. Weitz a pu caractériser nettement l'urobiline dans des urines qui n'étaient pas fraîches; pendant 20 jours consécutifs, il l'a retrouvée dans une même urine, qui n'en renfermait pourtant pas de notables proportions et qui était conservée en vase clos à l'obscurité sans autre précaution, mais dont l'acidité naturelle s'était maintenue.

## REVUE DE GYNÉCOLOGIE

**Stérilité de la femme provoquée artificiellement** (Méthode tubaire), par le Dr Perdrizet *(La Clinique)*.

« Avec un rétrécissement mitral, on n'a pas le droit d'être mère », dit Landouzy... On connaît aussi les fameuses règles édictées, sous forme d'aphorismes, par Peter : « Pas de mariage pour une jeune fille atteinte d'une maladie de cœur; pas de maternité si la femme est mariée; pas d'allaitement si l'accouchement est terminé. » Mais il n'y a pas que pour les maladies du cœur que la grossesse est le plus souvent contre-indiquée. De multiples affections générales ou localisées, organiques ou non, retentissent sur la femme gestante et s'associent malencontreusement avec l'état de grossesse. Pouvons-nous maintenant, en tant que médecins ou gynécologues, prévenir des grossesses que nous supposerions mortelles ou désastreuses pour l'organisme de la femme, sauvegarder en quelque sorte la vie de cette dernière ou allonger tout au moins ses jours? Autrement dit, sommes-nous en droit de rendre artificiellement stériles des femmes malades, à notre avis incapables de concevoir sans danger, que la grossesse tue ou paralyse ou met en proie parfois aux pires complications morbides? Ce serait peut-être outrepasser de beaucoup les termes de la loi. En tout cas, la stérilité artificielle tubaire donne-t-elle de bons résultats, méritant d'être sérieusement prise en considération?

Quelques auteurs, parmi lesquels Henri Offergeld (1), de Francfort, l'affirment et sont de chauds partisans de cette méthode, soi-disant prophylactique, si j'ose m'exprimer ainsi. On pourrait donc, d'après eux, éviter plus d'un avortement forcé, plus d'un accouchement prématuré, souvent dangereux. Cette méthode aurait, au surplus, l'avantage sur l'ovariotomie de ne pas entraîner la disparition de la sécrétion interne ovarique, indispensable à l'organisme féminin.

Les méthodes destinées à rendre inaptes à la conception par intervention tubaire sont déjà multiples. La simple ligature des trompes est inefficace. Les insuccès d'expérimentation animale le démontrent amplement, aussi bien que les mauvais résultats obtenus avec ce procédé par Falaschi après une opération césarienne, par Fritsch après une myomectomie et par Arendt après une vagino-fixation.

La ligature double n'est pas moins incertaine, suivie même d'excision tubaire entre les deux nœuds. Que ce soit du catgut ou de la soie qui ait servi à la ligature, les nœuds sont détruits, les fils englobés et la lumière du canal redevient perméable. Des suites fâcheuses peuvent, du reste, être la conséquence de ces ligatures. Rühl craint, entre autres accidents, une grossesse extra-utérine possible; le fait n'a pas encore été observé. Des adhérences peuvent, en tout cas, se produire; il peut se développer une dilatation kystique d'un bout lié (Fränkel) avec hydrosalpinx secondaire. La résection plus ou moins étendue des trompes, après ligature préalable des extrémités abdominale et utérine ne préserve pas davantage d'une grossesse éventuelle, même lorsque les bouts coupés sont recouverts de séreuse, car il peut persister, par la suite, des lacunes dans cette séreuse même.

La résection sous-séreuse de Kirchhoff, avec suture péritonéale consécutive, est tout aussi incertaine, ainsi que le passage de fils dans la musculature et dans la séreuse à travers les extrémités réséquées (Beuttner). La cautérisation au thermo ou l'excision d'un fragment plus considérable de la surface interne des trompes ne mettent pas non plus à l'abri de nouvelles grossesses.

Ce n'est, d'autre part, qu'à titre de mémoire que l'on peut signaler la fistulisation tubo-vaginale de Rühl et Mironow, par implantation des trompes réséquées dans les parois du vagin, ce procédé étant tout à fait anormal.

La méthode vantée par Offergeld aurait, au contraire, donné toujours d'excellents résultats.

Préconisée par Küstner, elle consiste dans l'*excision cunéiforme de l'extrémité interne des trompes de Fallope* (portion interstitielle) *avec l'enlèvement complet des deux trompes*. Avant lui, Neumann, Pfannenstiel et Fränkel avaient déjà employé la résection cunéiforme de l'extrémité utérine tubaire avec sutures musculo-musculaires et musculo-séreuses. Il semble plus efficace et plus sûr d'extirper les trompes. Cette méthode offre, d'après Offergeld, toutes garanties et n'expose pas à de nouvelles grossesses, si on a eu la précaution de coudre minutieusement la musculature utérine et qu'on ait recouvert soigneusement le tout de séreuse. Sellheim propose, au lieu et place de l'extirpation des trompes, l'enfouissement de celles-ci dans une fente des ligaments larges, recouverts de péritoine : cela aurait pour but de rétablir le cas échéant, l'ancien *statu quo*.

Fränkel, par de multiples expériences animales, a finalement démontré que seule l'extirpation des trompes avec l'excision cunéiforme de la portion interne tubaire pouvait donner toute sécurité.

Peu de temps après l'opération, il peut se produire des hémorragies; mais ces dernières ne sont pas fonction de l'opération elle-même; elles proviendraient plutôt de modifications de la muqueuse interne, au dire d'Offergeld. Elles surviennent le troisième ou le quatrième jour après l'intervention et durent six à huit jours. Elles représenteraient une menstruation renforcée. Les règles, du reste, ne seraient pas supprimées consécutivement. Cette opération serait, en fin de compte, avec l'asepsie, tout à fait anodine, et ne serait guère plus qu'une simple laparotomie.

Si nous suivons Offergeld dans l'exposition des indications nécessitant, à son avis, ce qu'il appelle la « stérilisation tubaire », nous voyons qu'il passe en revue les différentes maladies to

(1) Henri Offergeld : *Archiv für Gynaekologie*, 91e vol., 1er fasc., 1910, 33 pages.

cales ou générales pouvant s'aggraver on se modifier avec la gestation. Il cite l'*épuisement grave*, l'*anémie pernicieuse*, accidents surtout fréquents dans la classe féminine ouvrière qui travaille beaucoup, déjà surchargée d'enfants. et chez qui la nourriture fait le plus souvent défaut. Il fait entrer en ligne de compte l'*ostéomalacie*, la *maladie de Basedow* et le *diabète*, qui aggravent le pronostic maternel et le pronostic fœtal. Parmi les maladies internes, une mention spéciale est réservée à la *tuberculose*. D'après Kaminer, il est d'un devoir capital pour le médecin d'empêcher par tous les moyens à sa disposition la conception chez les femmes tuberculeuses. W. Hahn partage le même avis. On sait, en effet, que la grossesse peut précipiter les vomissements, les hémoptysies, hâter dans de rapides progressions le processus phtisique. Offergeld a opéré dans ces conditions une femme de trente-six ans, présentant des infiltrations étendues des deux sommets. La *tuberculose rénale* et la *tuberculose intestinale* seraient également des indications valables pour la stérilisation tubaire.

Les *maladies du tractus intestinal* (certains cas d'ulcères), la *cirrhose hépatique* et la *cholélithiase* seraient à classer encore dans les indications opératoires. Une place particulière est accordée aux *maladies du cœur* qui, on le sait, exposent les femmes enceintes aux palpitations, aux suffocations par congestion et œdème pulmonaire, aux hémorragies (épistaxis, hémoptysies, hématémèses), aux embolies, à la mort subite. L'intervention serait d'autant plus justifiée que les désordres de compensation seraient plus étendues.

Les *maladies du rein*, compliquées d'ascite, d'œdèmes, d'*albumine*, justifieraient de même la « stérilisation tubaire ». Il en est de même dans certains cas de *désordres psychiques*, d'*aliénation mentale*, de *maladies nerveuses ;* Offergeld rapporte le cas d'une femme épileptique de trente-sept ans qui avait à chaque deuxième mois d'une grossesse des crises graves multiples de haut mal, et pour laquelle il pratiqua une stérilisation tubaire prophylactique. On peut citer encore certaines *affections gynécologiques* (tumeurs, ruptures, déplacements, procidence d'utérus) ; le fait qu'à des grossesses antérieures il y aurait eu soit de l'*éclampsie*, soit un *placenta prœvia*, soit des *hémorragies* ayant fortement menacé à chaque fois la vie de la gestante, certaines *hernies abdominales* ou *autres :* tout cela pourrait être pareillement envisagé.

Que devons-nous penser de cette méthode ? Au point de vue juridique du droit strict, nous laissons la parole aux jurisconsultes, seuls capables d'orienter la question vers un chemin légal. Il est fort possible maintenant que telle affection considérée comme incurable ne le soit pas, que telle maladie, que l'on pense voir s'aggraver, ne s'aggrave pas réellement avec la grossesse. On doit donc se demander si cette intervention est parfaitement indiquée dans tous les cas mentionnés et si elle ne serait pas bientôt, par l'abus inévitable, déviée de son but primitif et restreint.

Dans la tuberculose, par exemple, il y a des atteintes de début, des atteintes moyennes guérissables ; de même, certaines affections cardiaques, malgré les aphorismes de Peter et Landouzy, ne subissent avec la grossesse aucune complication, aucune aggravation nouvelle. Dans les affections graves, en outre, l'opération proposée peut ne pas toujours être indemne d'accident ; malgré les rigueurs de l'asepsie, il y a plus d'une fois des aléas inconnus. Nous ne la rejetons pas, toutefois, d'une façon absolue.

Il est cependant, plutôt du devoir du médecin d'*interdire le mariage* aux tuberculeuses, aux cardiaques, aux syphilitiques contagieuses, aux jeunes filles atteintes de pelvi-viciations trop prononcées, de maladies rénales, hépatiques, etc., de *prévenir les femmes mariées* atteintes d'affections semblables et leurs maris des dangers qu'ils encourent en s'exposant à l'éclosion d'une grossesse.

Et, malgré tout, si cette dernière survient, l'*avortement* ou l'*accouchement prématuré*, en cas de danger vital de la mère, seront des ressources efficaces. Enfin, à supposer qu'après la « stérilisation tubaire » de la femme le sens génital de cette dernière soit conservé, non altéré, nous ne nous croyons pas suffisamment toujours autorisés à nous faire les complices d'une simple satisfaction d'appétit sensuel. Cette opération, dit Offergeld, a pour but de conserver les plaisirs génitaux de l'homme marié avec sa femme, mais ne doit en aucune sorte servir à faciliter les relations sexuelles extraconjugales chez les filles ou femmes à amour vil. Il faut bien avouer que ce point de vue n'est pas d'un intérêt primordial dans l'existence des malades affaiblis ou des malades graves.

## CARNET DU PRATICIEN

### Antisepsie de la bouche et de la gorge

*Gargarismes*

| | | |
|---|---|---|
| N° 1 | Salol | 2 grammes |
| | Acide boriqne | 10 — |
| | Alcool | 40 — |
| | Eau bouillie | 500 — |
| N° 2 | Phenosalyl pur | 1 gramme |
| | Glycérine | 25 — |
| | Alcool de menthe | 5 — |
| | Eau | 250 — |
| N° 3 | Acide phénique | 0 gr. 10 |
| | Acide benzoïque | 3 grammes |
| | Teinture d'eucalyptus | 10 — |
| | Ean | 1 litre |

Dr P. Le Gendre.

Se rincer plusieurs fois par jour la bouche, snrtout après les repas, avec nne des solntions snivantes :

| | |
|---|---|
| Acide thymique | 0 gr. 25 |
| — benzoïque | 3 grammes |
| Teinture d'eucalyptus | 15 — |
| Alcool | 100 — |
| Essence de menthe poivrée | 0 gr. 75 |

Verser dans un verre une quantité suffisante pour prodnire nn trouble. Dr Miller.

Ou :

| | |
|---|---|
| Acide thymique | 1 gramme |
| — benzoïque | 1 — |
| Essence de menthe | V gouttes |
| Alcool | 100 grammes |

Mettre nne cuillerée à café de ce mélange dans un verre d'ean. Grasset.

Encore :

| | |
|---|---|
| Tannin | 12 grammes |
| Menthol | 8 — |
| Thymol | 1 — |
| Teinture de benjoin | 6 — |
| Alcool à 90° | 100 — |

(Suarez de Mendoza.)

VII à X gouttes dans un demi-verre d'eau tiède.

| | | |
|---|---|---|
| N° 4 | Menthol | 1 gramme |
| | Alcool | 16 — |
| | Eau | 984 — |

Dr Sabbatain.

| | | |
|---|---|---|
| N° 5 | Acide borique | 20 grammes |
| | Sublimé | 0 gr. 01 |
| | Essence de menthe | 1 goutte |
| | Eau | 500 grammes |

*Topiques*

| | | |
|---|---|---|
| N° 1 | Glycérine | 70 grammes |
| | Borax | 20 — |
| | Eau | 20 — |
| N° 2 | Glycérine | 20 — |
| | Résorcine | 0 gr. 30 |
| N° 3 | Glycérine | 20 grammes |
| | Sublimé | 1 — |

Dr Moizard.

dans la diphtérie, en attonchements.

*Irrigations, lavages*

Pour les irrigations, on a le choix entre les solutions saturées d'acide borique, de borax à 4 p. 100, ou encore :

| | | |
|---|---|---|
| N° 1 | Acide borique | 35 grammes |
| | Naphtol | 0 gr. 20 |
| | Eau | 1 litre |

P. Le Gendre.

| | | |
|---|---|---|
| N° 2 | Acide phénique | 1 gramme |
| | Acide borique | 25 — |
| | Thymol | 0 gr. 50 |
| | Essence de menthe | XX gouttes |
| | Teinture d'anis | 10 grammes |
| | Ean | 1 litre |

Dr Dujardin-Beaumetz.

Cette mixture s'emploie mélangée avec qnantité égale d'ean.

| | |
|---|---|
| Eau oxygénée à 12 volumes | 50 à 100 gr. |
| Eau bouillie | 1 litre |

Ou :

| | |
|---|---|
| Eau oxygénée à dix volumes (très peu acide) | 20 cent. cubes |
| Alcool de menthe | quelques gouttes |
| Solution de borate de soude | Q. s. pour alcaliniser |
| Eau distillée | Q. s. p. 100 cent. cub. |

Dr Touchard.

En lotions buccales trois à quatre fois par jour.

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral | 5 à 10 gr. |
| Ean bouillie | 1 litre |

Ou :

| | |
|---|---|
| Permanganate de potasse | 1 gramme |
| Ean bouillie | 4 litres |

En irrigations pour la gorge, conviennent encore les solutions d'acide salicylique.

Ou :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 1 gramme |
| Alcool | 20 — |
| Eau | 980 — |

Dr Parizot.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christen, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Entérites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Canterets, Aix-les-Bains.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

**Châtel-Guyon.**

M. le Dr Pessez, notre distingué confrère de Châtel-Guyon, vient d'être nommé administrateur-délégué de la Société, en remplacement du regretté Dr Angelby. Nul doute que la station ne reçoive un nouvel essor de cette direction autorisée.

**Contre la fraude.**

M. Charles Dumas, député de l'Allier, a déposé sur le bureau de la Chambre une pétition des ouvriers sourciers de Saint-Yorre, qui réclament des mesures énergiques pour empêcher le transport des eaux minérales autrement qu'en bouteilles stérilisées et cachetées à la source même.

Cette pétition vise les industriels qui transportent les eaux minérales en tonneaux. Des procès ont révélé que 500 litres d'eau ainsi pris aux sources devenaient 50.000 litres vendus à Paris.

## ÉCHOS

**Ouverture de la Maison universitaire.**

La Maison universitaire Guyon, que vient d'ouvrir, 32, rue de Vouillé, l'Association des M. U., est une résidence pour les travailleurs intellectuels. Tout y est aménagé en vue de l'étude : salles de lecture et de réunion avec bibliothèque, jolies chambres simples, hygiéniques, diverses de disposition et d'ameublement, jardin isolant un peu l'habitation des voies très ouvrières qui l'avoisinent. Chaque étudiant, jeune professeur, savant, peut se faire là, tout à sa guise, un chez-soi tranquille et jouir ensuite à ses heures, de la vie d'un foyer, de la gaieté des repas en commun.

La Maison universitaire Guyon est à quelques minutes de l'Institut Pasteur, à proximité de trois grands hôpitaux; le Nord-Sud, le Métropolitain (Station Pasteur), les trams Vincennes-St-Cloud, Montrouge-Est, de nombreux omnibus mettent la rue de Vouillé en communication rapide avec le centre de Paris, la Sorbonne, la Faculté de Médecine.

Le régime budgétaire de la M. U. Guyon se rapproche beaucoup de celui d'une coopérative. L'Association accepte avec grand plaisir pour la mise en train de son entreprise, qu'elle compte étendre, des prêts remboursables dans un assez bref délai et des rachats de cotisations (cotisations : 10 francs; de 16 à 21 ans, 5 francs).

Des membres du Conseil d'administration reçoivent toute la journée du dimanche, 32, rue de Vouillé.

**Apprenons donc, médecins, à protéger nous-mêmes la profession médicale.**

Un de mes malades, ancien syphilitique, me revient l'an dernier après une saison dans une station balnéaire, et quelle n'est pas ma stupéfaction d'apprendre de sa bouche qu'un confrère lui a fait acheter une seringue pour se faire lui-même des piqûres de *calomel*.

Le confrère de la Rochefordière a cent fois raison, nous sommes les propres artisans de la moins-value de la profession médicale.

La plupart d'entre nous n'ont pas le sentiment, n'apprécient pas le service qu'ils rendent à leurs malades.

Quand une note d'honoraires dépasse quelques centaines de francs, nous en sommes effrayés et avons tendance à la réduire; à côté de cela, le client n'hésite pas à payer 100 francs la ceinture électrique ou 250 francs la machine à ozone.

Tout cela provient de l'enseignement médical. Le jeune docteur est livré à lui-même au sortir de la Faculté; il n'a eu d'autres champs d'expériences que l'hôpital où il a vu les maîtres et les élèves dépenser leur temps et leur santé pour une rétribution dérisoire et il lui devient très difficile, si dès le début il ne s'est pas fait honorer convenablement, de relever ensuite ses tarifs.

Quant à l'encombrement, il n'est pas douteux : dans toutes les villes d'Algérie, le nombre des praticiens a doublé en quinze ans; avec la nouvelle Faculté d'Alger, nous allons assister à une véritable ruée de jeunes gens vers la profession; la médecine de colonisation offre encore, heureusement, quelques débouchés. Ici, dans le département, les confrères sont presque unanimes à désirer l'établissement d'un concours à l'entrée de la profession; il n'y a pas d'autre moyen efficace, et il est certain que si tant de jeunes gens, au sortir du lycée, se lancent dans la médecine, c'est pour éviter le concours nécessaire pour les autres carrières.

Il y a une comparaison irréfutable : c'est l'art vétérinaire : pour y entrer, il faut un concours, tandis qu'on entre dans la médecine comme dans un moulin !

La question de l'encombrement devrait primer toutes les autres dans nos Syndicats : l'établissement d'un concours à l'entrée, l'internat obligatoire, le stage à la sortie, voilà des mesures qui relèveraient singulièrement le niveau de la profession et la considération sociale dont elle doit jouir. Mais tout cela a été déjà dit : quand passerons-nous des paroles aux actes?

Dr Feraud, de Philippeville.

(*Concours médical*).

**Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.**

Le bureau pour 1911 est ainsi constitué :

Président, M. Loumeau; vice-président, M. F. Lagrange; secrétaires des séances, MM. G. Dupond et Cabannes; trésorier, M. Peyre; archiviste, M. Méneau.

Conseil d'administration, MM. Monod, Chambrelent, Verdelet, Bégouin.

Conseil de famille, MM. P. Carles, Mongour, Davezac, Dupuy, Courtin.

**L'alcoolisme et le jury de la Seine.**

Le jury de la Seine, réuni pour la session des assises de la première quinzaine de novembre 1910, a émis avant de se séparer le vœu suivant :

« Le jury de la Seine, légitimement ému de la recrudescence de la criminalité;

Considérant que la plupart des crimes commis sont le résultat direct de l'alcoolisme;

Que l'alcoolisme constitue aujourd'hui un fléau national et un danger social qu'il faut enrayer de la façon la plus énergique, émet le vœu :

1° Que tout individu trouvé en état d'ivresse sur la voie publique soit immédiatement arrêté et traduit devant les tribunaux, conformément aux dispositions de la loi sur l'ivresse;

2° Que pendant une période de dix années, interdiction absolue soit faite de créer un débit de vin. »

Ce vœu vient d'être adressé directement au garde des sceaux.

**Société d'odontologie de Paris**

Le bureau de cette société vient d'être constitué ainsi qu'il suit pour 1911 :

Président : M. le Dr Godon.
Vice-président : M. Heïdé et M. le Dr Robin.
Secrétaire général : M. le Dr Dreyfus.
Secrétaire adjoint : M. Paillottin.

## POSTES MEDICAUX

### DEMANDES

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**Docteur** reprendrait dans la banlieue de Paris, Seine ou Seine-et-Oise, poste donnant de 10 à 15.000 francs, paierait tout comptant. (437)

**Docteur** cherche poste de moyenne importance dans les départements de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Loiret, Eure-et-Loir, Eure, Oise, traiterait de suite. (641)

**Docteur** cherche bon poste d'au moins 10.000 touchés dans le Centre et vers l'Ouest, paierait comptant, on encore dans grande banlieue de Paris. (338)

**Docteur** ayant déjà exercé, prendrait la suite d'un bon petit poste dans le Sud-Ouest ou le Centre, avec peu de comptant, donnerait garanties pour le surplus, pressé. (239)

**Docteur** d'un certain âge cherche clientèle près de petite ville, faisant de 8 à 12.000 dans le Centre, vers l'Est, ou les environs de Paris. (142)

**Médecin de la Marine**, retraité à 3 galons, cherche clientèle sérieuse à Paris, dans quartier riche, paierait tout comptant. (143)

**Médecin dentiste** (diplôme médecin français), 44 ans, 20 ans de pratique, références de 1er ordre, demande à diriger ou poste d'opérateur dans important cabinet dentaire à Paris ou grande ville. Très au courant des opérations avec anesthésie. Dirigerait également atelier de prothèse même cabinet. (540)

**Médecin militaire** sur le point de prendre sa retraite, traiterait de suite pour la reprise d'un bon poste pas trop éloigné de Paris ou d'une grande ville, paierait tout comptant. (645)

**Docteur** disposant de capitaux s'intéresserait ou prendrait la suite dans maison de santé, clinique ou spécialité sérieuse. (344)

**Docteur** jeune et très exercé est à la disposition des confrères voulant se faire remplacer, n'importe où, fait la pharmacie, accidents du travail, etc. (345)

**Docteur**, ancien interne, achèterait (ou s'associerait) maison de santé ou clinique à Paris ou dans la petite banlieue, grosse affaire ou moyenne mais d'avenir, dispose de la somme nécessaire pour traiter, même tout comptant. (452)

**Jeune médecin**, ne voulant pas faire de clientèle, achèterait (ou s'associerait) spécialité donnant des bénéfices sérieux ou pouvant se développer rapidement, dispose d'une forte somme comptant. (459)

**Docteur** en médecine et pharmacien cherche bon poste où il pourrait faire la pharmacie dans n'importe quelle région, paierait tout comptant, est assez pressé. (460)

**Jeune Docteur** ayant les deux diplômes de médecin et de pharmacien, ne voulant pas faire de clientèle, accepterait situation dans maison de spécialités pharmaceutiques ou autres pour utiliser ses diplômes, peu exigeant. (464)

**Docteur** cherche à acquérir, entre Paris et Rouen, petite clientèle, sans cheval ni auto. (465)

### OFFRES

***Nous prions les confrères qui voudraient céder leurs clientèles, maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.***

**SEINE.** — Dans agréable localité, à céder poste donnant 15.000 francs touchés; susceptible d'augmentation, peu de comptant et facilités pour le reste à docteur capable et actif. (842)

**EST.** — A céder de suite dans localité importante, clientèle facile de petit centre, à la campagne, 16.000 francs touchés, fixes 4.000 francs, demande 10.000 francs comptant, maison entière et jardin. (843)

**NIEVRE.** — Poste sérieux donnant entre 16 et 20.000 francs touchés. Clientèle agréable et sûre, installation confortable avec cour, écurie, remise, etc., cède pour cause de maladie. Pressé. (844)

**EURE.** — Seul dans le pays, clientèle de 16 à 18.000 touchés, fixes 5.400 francs, céderait pour 15.000 francs comptant, cesse d'exercer. (845)

**ORNE.** — Poste de campagne, région riche, 10 à 11.000 francs touchés dont 1.500 de fixes, céderait à volonté voiturette et charrette anglaise. Prix 4.000 francs, moitié comptant. (846)

**RÉGION DE L'OISE.** — Pays de culture et d'industrie, population à visiter 6 à 7.000 habitants, fait la pharmacie. Recettes 15.000 francs environ, cheval et voiture, loyer 700 francs, très grand jardin potager, installation confortable. Prix 5.500 francs dont 3.500 comptant. Cheval et voiturette à 4 roues, 1.500 francs. (847)

**ARDÈCHE.** — Seul pour une population de 8.000 habitants au moins. Recettes 9.000 francs (dont 1.200 de fixes) peuvent facilement être augmentées, confortable appartement etc., donné gratuitement par la commune, l'auto. Indemnité demandée 3.500 francs, moitié comptant. Prix de l'auto à débattre. (848)

**PARIS.** — Clientèle donnant 14.000 francs touchés, augmentation certaine avec confrère actif, quartier populeux, appartement confortable, on céderait mobilier ou non matériel du cabinet ? comptant minimum demande 10.000 francs. (916)

**SEINE-ET-OISE.** — Localité bien desservie, clientèle très transmissible donnant 24.000 touchés, présentation à volonté. Prix à débattre, tout comptant. (936)

81e Année (Série XIIIe) — N° 74 — Le Numéro : 25 Centimes — 15 Décembre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
4, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :

| | |
|---|---|
| Paris et Départements | 5 fr. |
| Union postale......... | 7 fr. |
| Edition Espagnole.... | 10 fr. |
| Edition Portugaise.... | 10 fr. |

Les Abonnements partent du 1er Janvier

DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut
Ancienne Gazette de Santé
(138e Année)
Hors concours, Membre du Jury
Exposition franco-britannique 1908
Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16

# ÉCHOS

**Mort du Dr Huchard.**

Nous avons le profond regret d'apprendre le décès de notre ami le Dr Huchard, membre de l'*Académie de Médecine* et médecin honoraire des hôpitaux. Le Dr Hochard venait de fonder la *Clinique du Cœur* où il soignait les indigents et continuait ses leçons toojours suivies par de nombreux médecins. Il laisse une œovre considérable : Traité cliniqoe des maladies du cœur et de l'aorte; Traité des névroses; Cousultations médicales. Jusqu'à sa mort, il a dirigé le *Journal des Praticiens* et récemment encore il luttait avec les étudiants pour l'institotion en France du privat-docentisme.

**Réélection de M. le Doyen.**

L'Assemblée de la Facnlté tenne le 24 novembre a procédé à l'élection ponr la designation du doyen. Au premier tour de scrutin, notre éminent directeur scientifique, M. le professenr Landouzy a été désigné en première ligne par 57 suffrages sur 59 votants. Deux bulletins blancs furent déposés dans l'urne.

A été désigné en seconde ligne M. le professeur Pouchet par 47 voix contre 4 à M. le professeur Roger, 1 à M. le professeur Blanchard, 1 à M. le professeur Quénu et un bulletin blanc.

**La rosette du Dr Charcot.**

Nous avons appris avec grand plaisir la promotion de notre ami le Dr Charcot comme officier de la Légion d'honnenr. Notre vaillant confrère a bien mérité de la France en portant par deux fois notre drapeau dans les régions antarctiques.

**Le Kaiser, docteur honoraire.**

L'Université allemande de Prague vient de conférer à l'empereur Guillaume le titre de docteur honoraire en médecine. Le dernier docteur honoraire de l'Université de Pragne fut Virchow.

**A Charenton.**

Par décret, le titre de la maison Nationale de Charenton est modifié en celui de « Maison Nationale de santé de Saint-Manrice ». On en devine les motifs. Charenton sentait son fou de loin. « On devrait l'envoyer à Charenton » avait passé dans le langage courant. Il faudra maintenant respirer pour dire « ou devrait l'envoyer à la Maison Nationale de santé de Saint-Maurice ». Et cela évitera peut-être à nombre de gens de traiter de fous... tous ceux qui ne pensent pas comme eux.

**Les sourds-muets.**

Une intéressante visite médicale aura lieu à l'Institution des sourds-muets de Paris, 254, rue Saint-Jacques, Paris, le 18 décembre, à 10 heures du matin, sous la présidence de M. le Dr Roux, médecin en chef de l'établissement. Cette institution modèle est admirablement dirigée par M. Collignon et fait l'émerveillement de tous les visiteurs. Toutes les personnes qui se présenteront de la part de la *Gazette Médicale de Paris* seront les bienvenues et pourront participer à la visite-conférence.

**Académie des Sciences.**

*Prix de 1912 à 1916.* Année 1912. — *Prix Pourat* : Apporter des documents nouveaux sur l'utilisation et l'assimilation des albuminoïdes de la ration alimentaire.

*Prix Martin-Damourette* : Physiologie thérapeutique.

*Prix La Caze* : Pour ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie.

*Prix Bordin* : (Sciences physiques) : Recherches sur le déterminisme de la sexualité chez les êtres vivants.

Année 1913. — *Prix Leconte* : 1° Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physiques, chimie, histoire naturelle, sciences médicales; 2° aux auteurs d'applications nouvelles de ces sciences, applications qui devront donner des résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus jusque là.

Année 1915. — *Prix Dusgate* : Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur le moyen de prévenir les inhumations précipitées.

Année 1916. — *Prix Parkin* : Destiné à récompenser, cette année, des recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes.

**La maladie de Pascal**

La pathologie rétrospective à l'usage des hommes illustres est à la mode et le Dr P.-Jost Navarre (de Lyon) a consacré à la maladie de Pascal une étude des plus documentées, dans le *Lyon médical*.

Les faits que notre confrère lyonnais regarde comme certains sont :

1° Que Pascal a eu le carreau dans sa première enfance ;

2° Qu'il a eu, une fois, une hallucination de la vue bien caractérisée, à l'âge de trente et un ans, le 23 novembre 1664 ;

3° Qu'il est mort, le 19 août, d'une affection cérébrale dont les premiers symptômes évidents n'ont apparu que le 14 août 1662 ;

4° Qu'à aucun moment de son existence ses écrits et ses agissements ne permettent de dire, de soupçonner même que Pascal ait présenté un délire quelconque.

Les hypothèses probables sont :

1° Que Pascal a souffert, de l'âge de dix-huit ans à sa mort, d'une tuberculose intestinale, probablement aussi péritonéale ;

2° Qu'il a eu des misères nerveuses, fréquentes et pénibles, caractérisées par de la céphalalgie, des vertiges, des algies diverses ;

3° Que depuis 1647, l'impotence fonctionnelle, partielle et intermittente de ses membres inférieurs peut rationnellement être traitée de pseudo-rhumatisme tuberculeux ;

4° Qu'il a succombé au cours de sa tuberculose intestinale arrivée à la période ulcéreuse et cachectique, peut-être à une hémorragie méningée d'origine toxi-infectieuse, plus probablement à une encéphalite hémorragique.

**Académie royale de Médecine de Belgique.**

*Prix fondé par un anonyme.* — Elucider par les faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Prix : 15.000 francs. — Clôture du concours : 15 octobre 1912.

Des encouragements de 300 à 3.000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 5.000 francs et une de 25.000 francs pourront être données, en outre du prix de 15.000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

**Le choléra à Madère.**

Jusqu'au 5 décembre 181 cas de choléra ont été constatés à Funchal, dont 57 décès.

# TRAITEMENT DES Vomissements incoercibles de la Grossesse

Par le Docteur FIEUX

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Accoucheur des Hôpitaux

Lorsque le médecin a la mission délicate de combattre des vomissements tenaces et fréquents chez une femme enceinte, il devra avant toute action inspecter soigneusement le terrain sur lequel il va agir.

Qu'il n'oublie pas tout d'abord l'existence des simulatrices. J'ai vu, comme bien d'autres, des femmes affolées par une grossesse, redoutant les dangers et les indiscrétions de la faiseuse d'anges, et arrivant, à force d'énergie et de volonté, à vomir et à maigrir au point, pensent-elles, que le médecin aura la main forcée et sera le naïf exécuteur de leur désir.

Qu'il songe aussi que des vomissements opiniâtres peuvent apparaître au début de la grossesse, à titre de symptôme d'une affection jusque-là cachée ou latente, et aggravée ou soulignée par l'état de gestation; ce peut être une tuberculose méningée ou péritonéale, de l'occlusion intestinale, du tabes fruste, etc.; je n'insiste pas, les causes peuvent être excessivement nombreuses. L'inspection de la malade devra donc être absolument minutieuse. J'insiste sur l'examen de la température dont une élévation anormale devra être recherchée en dehors du vomissement gravidique, sur une analyse complète d'urine, sur l'examen du système nerveux, de l'appareil digestif, et sur celui enfin de l'appareil génital dont les anomalies susceptibles parfois d'exagérer l'acuité du vomissement seront corrigées lorsqu'il sera possible d'y arriver par les moyens simples.

Dès que l'on aura acquis la notion de vomissements graves étant « sous condition de grossesse », il sera utile, au point de vue thérapeutique, de discerner si l'on a affaire à des *vomissements prolongés et aggravés par l'état de toxémie*, ou à des vomissements mixtes, si je puis dire, *dans lesquels l'action toxique est primée par l'état nerveux de la malade*.

Dans ce dernier cas, le médecin n'aura que l'embarras du choix. Libre à lui d'instituer le traitement suggestif dans lequel il a le plus de confiance, et qui lui paraît le mieux adapté à l'individualité de sa malade. La suggestion sous toutes ses formes, simple ou à grand spectacle, peut donner ici des résultats étonnamment rapides. M. Farez (1) recommande l'emploi du collodion au bleu de méthylène qui, à son dire, peut jouer un très grand rôle en thérapeutique psychique. La coloration intense qui dure plusieurs jours frappe la malade qui croit à la persistance constante d'une action médicamenteuse. Quant au collodion, il provoque par sa rétraction une gêne et parfois même une petite douleur qui ramène à chaque instant la pensée de la malade. La suggestion est ainsi maintenue et par suite amplifiée et renforcée. Le badigeonnage du creux épigastrique et des régions sous-maxillaires arrive chez beaucoup de ces sujets, à faire disparaître en peu de jours le vomissement et le ptyalisme.

(1) Revue de l'hypnotisme et de psych. phys., 1902.

Vis-à-vis des névropathes et des neurasthéniques, la distraction et le changement d'air, et surtout le changement de milieu, peuvent avoir sur la durée et sur l'intensité du vomissement une influence non douteuse. Chez certaines de ces malades, où le vomissement est entretenu non seulement par l'idée obsédante du symptôme, *mais aussi par l'influence suggestive d'un entourage profondément impressionné*, l'isolement dans une maison de santé sera à coup sûr le moyen le plus efficace pour soustraire la malade à des ambiances défectueuses, et par suite pour amener sa guérison souvent rapide. Kaltenbach (1) et Klein (2), de Munich, se sont attachés tout particulièrement à montrer les heureux résultats de cette cure d'isolement, à l'exclusion de tous les médicaments nervins, calmants ou hypnotiques dont l'influence finalement est plutôt mauvaise.

Avec les malades dont les vomissements semblent bien être la conséquence d'une toxémie persistante et croissante, nous arrivons à la partie la plus importante, et j'ai le regret de le dire, *la plus décevante* de notre chapitre. C'est qu'en effet toute la thérapeutique du début va être une thérapeutique à peu près expectante, bien que nous possédions pour ces vomissements toxiques un traitement héroïque, je pourrais dire spécifique, représenté par l'extraction totale de l'œuf. Mais, et voilà bien ce qui rend la conduite de l'accoucheur extrêmement difficile, le traitement spécifique il ne pourra ou ne devra le mettre en vigueur que lorsque certains symptômes affirmeront que l'organisme de la femme est désormais impuissant à triompher de la toxémie gravidique.

Et alors deux questions se posent : 1° que faire pour essayer, je n'ai pas la prétention de dire, d'enrayer les vomissements, mais d'atteindre le terme des vomissements, en permettant à la femme de conserver sa grossesse; 2° à quel moment faut-il abandonner toute thérapeutique d'attente pour imposer le traitement spécifique, l'interruption de la grossesse?

*Que faire pour tâcher d'atteindre le terme des vomissements, en permettant à la femme de conserver sa grossesse?* — Sommes-nous tout d'abord en mesure d'instituer d'une façon certaine et utile un traitement prophylactique? En d'autres termes, auprès d'une femme qui commence à vomir *de par sa grossesse*, sommes-nous capables d'affirmer qu'un traitement, quel qu'il soit, permettra d'éviter des vomissements plus fréquents et plus tenaces? Pour ma part, je ne le crois guère. J'ai vu, comme vous tous, des femmes enceintes vomissant d'une façon modérée, suivre un régime alimentaire extravagant, manger de grand appétit les aliments que nous considérons comme les plus toxiques, et cependant leurs vomissements s'arrêter très vite. A côté de cela, quelques autres, dès l'apparition de leur état nauséeux très précoce, s'alimentent à peine, avec du lait et des féculents, et malgré cela arrivent peu à peu aux vomissements incoercibles. Aussi, quoi qu'on ait prétendu, j'ai peu de foi dans les traitements dits prophylactiques. Cependant, dès que les malades vomissent avec une certaine insistance, je me range au conseil de Pinard, et je considère comme prudent, pour éviter toute autre intoxication surajoutée, de les soumettre au régime lacto-végétarien.

(1) Kaltenbach, *loco citato*.
(2) Klein, *loco citato*.

Mais nous voici arrivés à un état qui commande l'attention : l'amaigrissement commence à être notable, les urines deviennent un peu plus rares, le pouls a tendance à s'accélérer. Dans l'impossibilité où nous sommes d'instituer d'emblée le traitement étiologique, allons-nous rester inactifs? Resterons-nous les bras croisés parce que nous ne connaissons pas de thérapeutique réellement efficace, hors celle qui n'est pas encore légitimée? Non, bien entendu. Mais si l'on doit agir, quel embarras si l'on se reporte à ce qui est couramment écrit partout! Quel chaos thérapeutique! Quel luxe inouï de méthodes, de médications et de médicaments! Combien de produits pharmaceutiques et de produits alimentaires nous sont constamment recommandés, soi-disant sous de hauts patronages, comme des spécifiques des vomissements incoercibles!

Pour plus de simplicité, je ne parlerai d'aucun, et pour ne point en dire du mal, je déclarerai qu'ils sont pour le moins inutiles. Tous ont donné des succès merveilleux, tous ont piteusement échoué. Lorsqu'ils guérissent, c'est qu'ils s'adressent à des vomissements du type nerveux et non point à des vomissements du type toxique, ou bien qu'ils arrivent à point, la guérison apparente étant alors, comme le dit Pinard, la résultante d'une opportunité heureuse pour le médicament ou la médication.

Je ne veux point cependant passer sous silence une médication hautement appréciée par quelques médecins, l'*électrothérapie*, et un médicament à l'ordre du jour, l'*adrénaline*.

L'électrothérapie est représentée dans le cas particulier soit par la faradisation, soit par la galvanisation du pneumo-gastrique. Le mode de traitement préconisé par Larat et Gautier (1), et le plus employé à l'heure actuelle, consiste dans la galvanisation descendante du pneumo-gastrique, le pôle positif appliqué entre les deux branches inférieures du sterno-cleido-mastoïdien. Loin de moi la pensée de mettre en doute les résultats des observations heureuses relatées à la suite de l'usage des... appareils électriques; mais j'ai quelque tendance à les considérer surtout comme des instruments à action psychique. Tous les courants, en effet, employés de façon diverse, ont été appliqués : la faradisation de l'un ou des deux pneumo-gastriques, la galvanisation ascendante (Tripier), la galvanisation descendante, la galvanisation avec inversion du courant toutes les cinq minutes, etc. Tous ont donné les mêmes succès brillants. Les intensités faibles suffisent, et même sont préférables, paraît il. Je le crois d'autant plus volontiers que deux observations rapportées par Doléris ont trait à des

(1) Larat et Gautier, *Bull. de l'Acad. de Toulouse*, 10 juillet 1898.

guérisons remarquables obtenues avec un appareil... qui ne marchait pas.

Pour ce qui est de l'adrénaline, son emploi est ici tellement récent que notre opinion doit encore être très réservée. Il se passe pour l'opothérapie surrénale ce qui s'est produit pour toute médication à son entrée dans la thérapeutique des vomissements gravidiques. Elle a donné à Silvestri, à Zanfrognini et à Rebaudi des résultats encourageants. Voici ce que j'en ai retiré personnellement: quatre femmes me furent présentées à peu près en même temps comme ayant des vomissements incoercibles. Leur état était sensiblement superposable: amaigrissement notable, urines rares, contenant un peu d'urobiline et d'acétone, pouls dans les environs de 90. Chez deux d'entre elles, j'administrai de l'extrait glycériné d'ovaire; aux deux autres, je donnai de l'adrénaline, à la dose quotidienne de un dixième de milligramme en injection hypodermique. Au bout de six jours, ces quatre femmes qui n'avaient pris en même temps que du lait glacé à doses fractionnées, pouvaient être considérées comme guéries. Par contre, chez deux autres malades en état grave, avec pouls d'une façon permanente aux environs de 110, l'adrénaline en injection hypodermique continuée pendant cinq jours (4/10e de milligr. par jour) fut absolument inefficace, et la grossesse dut être interrompue.

Messieurs, si dans l'état de nos connaissances actuelles nous sommes sans action sur la toxémie gravidique précoce elle-même, nous possédons une méthode qui, en empêchant l'auto-intoxication digestive de s'associer à la première, mettra la malade en meilleur état de résistance. C'est dans cet esprit que Pinard(1) et Wallich (2) ont insisté sur le régime alimentaire de ces malades, je dirai même sur le système alimentaire, pour employer le terme de Doléris.

Pinard recommande le régime lacté absolu, sur le détail duquel Wallich a insisté avec beaucoup de soin: « Depuis longtemps, Pinard recommande d'isoler la femme atteinte de vomissements incoercibles, aussi bien dans les services hospitaliers que dans son appartement privé, de la placer sous la surveillance d'une infirmière ou garde qui présentera à des intervalles réguliers une dose fractionnée de lait: tasse, demi-tasse, quart de tasse, cuillerée à soupe, cuillerée à café ou moins, d'autant plus fréquemment que les doses acceptées ou tolérées seront plus petites. Par l'effet de ce régime, on voit quelquefois les petites doses de lait être supportées; on arrive alors à en augmenter progressivement la quantité composante; les malades revivent, leurs urines augmentent, les vomissements cessent, c'est la guérison et la continuation de la grossesse. »

Malheureusement, ce résultat favorable n'est pas toujours obtenu, et il faut alors songer que chez quelques sujets, et dans certains cas, le régime lacté peut entretenir et augmenter l'intoxication gastro-intestinale par transformation putride de la caséine. Mieux vaut alors donner du bouillon de légumes, des bouillies à l'eau, voire même un peu de cervelle de mouton. Nous avons vu de temps en temps un peu de cervelle, bien bouillie, mise en purée fine et mélangée à un sorbet au citron, être parfaitement tolérée, alors que le lait était régulièrement rendu.

(1) Pinard, *loc. cit.*
(2) Wallich, *loc. cit.*

Souvent aussi le régime lacté ne sera pas toléré, parce que l'action émétisante de la toxémie est poussée à un trop haut degré. Il n'y a plus alors qu'à empêcher l'organisme de se déshydrater en attendant sa défense réactionnelle contre la toxémie persistante. La diète hydrique sous toutes ses formes sera alors prescrite: eau bouillie, eaux minérales, infusions édulcorées ou aromatisées à volonté, tous ces liquides, bien entendu, à doses fractionnées et répétées selon la tolérance des sujets.

Lorsque les malades conservent ces différents liquides, on peut avoir un certain espoir, car au bout de quelques jours on réussira souvent, selon le conseil de Wallich, et comme on le fait du reste avec avantage dans les gastro-entérites des nourrissons, à passer de l'eau au lait, non pas d'une façon brusque, mais d'une façon progressive, en commençant par de l'eau ou des infusions à peine nuagées de lait.

Dans les cas où malheureusement les vomissements sont tels que l'estomac rejette absolument tout, même la plus petite quantité d'eau qui lui est offerte, la déshydratation rapide sera combattue par le sérum artificiel, soit sous forme d'injection hypodermique (250 à 400 gr. par jour à peu près), soit sous forme de grands lavements. Condamin (1) a surtout préconisé la voie rectale: pendant dix à douze jours, à l'exclusion de toute ingestion, même liquide, lavement quotidien de 3 à 4 litres de sérum salé en se conformant aux règles habituelles de l'entéroclyse.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu d'entrer dans une longue discussion sur la valeur respective de la voie hypodermique ou de la voie intestinale. Le principal est de faire récupérer à l'organisme une partie de l'eau qu'il a perdue, de soutenir la tension artérielle et d'améliorer la diurèse. L'injection sous-cutanée a pour elle l'avantage de faire absorber à la malade une quantité déterminée que l'on juge convenable. Le lavement de sérum fait bénéficier le sujet d'une quantité X de liquide, mais il a pour qualité d'entretenir du même coup la liberté de l'intestin.

Beaucoup de ces malades sont, en effet, fortement constipés et recèlent des matières horriblement fétides; aussi, sans dire que l'intoxication intestinale se trouve à l'origine des vomissements incoercibles (Dirmoser) (2), il est certain que celle-ci peut s'installer secondairement, et, comme toute autre, compliquer la toxémie gravidique et contribuer, dans une certaine mesure, à aggraver le vomissement. Témoins certains cas d'amélioration brusque à la suite d'une crise de diarrhée profuse, et quelques observations de guérison consécutive au traitement par la superpurgation (Forgues d'Etampes, Bonnaire, Mettey, thèse Paris, 1903-1904), dont l'idée du reste se retrouve déjà dans Mauriceau: « Si une seule fois ne suffit, on la réitérera, ayant laissé reposer la femme quelques jours entre elles deux. » Sans vouloir donner à la médication intestinale l'*importance d'une méthode*, il n'en est pas moins vrai que dans toutes les phases de la maladie une évacuation régulière provoquée par purgatif, si c'est possible, ou par grands lavages intestinaux ne peut être un excellent adjuvant.

(1) Condamin, *Traitement des vomissements incoercibles* (Lyon médical, 1902).
(2) Dirmoser, *Hyperemesis Gravidarum* (Wiener Medizinische Wochenschrift, 20 Febr. 1897).

Si, jusqu'à présent, nous avons laissé de côté tout médicament, en tant qu'agent thérapeutique direct du vomissement ou de la toxémie qui le provoque, quelques-uns pourront cependant être utilisés, *d'une main légère*, à titre de médicaments symptomatiques. Les inhalations d'oxygène, le sulfate de spartéine, l'hydrate de chloral, par exemple, pourront être utilisés sans danger dans les indications que chacun d'eux comporte.

Et voilà, à peu près tout ce que nous pouvons faire, *non point pour guérir ces malades, mais pour leur donner le temps de guérir en triomphant par leurs propres ressources réactionnelles de la toxémie* qui, malgré tout, trop souvent les terrasse.

En effet, chez quelques malades, ce moment de la guérison ne vient pas et les symptômes s'aggravent. La thérapeutique est à bout, et les malades aussi. Nous avons le légitime désir de conserver la grossesse, mais nous avons surtout l'impérieux devoir d'empêcher la mère d'aller jusqu'à la mort. Cruel embarras qui nous mène à envisager la deuxième question. J'aurais pu auparavant envisager l'utilité de ce moyen terme représenté par la méthode de Copeman; mais ce que j'en ai dit à l'occasion de la pathogénie m'évite de m'y arrêter à propos du traitement.

2° *A quel moment faut-il abandonner toute thérapeutique d'attente pour imposer le traitement étiologique, l'interruption de la grossesse?* — Dans l'état d'amaigrissement plus ou moins accusé, dans la perte de poids plus ou moins rapide, nous ne pouvons pas trouver d'indication véritablement précise sur l'opportunité de l'interruption de la grossesse.

L'émission quotidienne d'une quantité relativement abondante d'urine, 500 à 1.000 grammes, est souvent d'un pronostic favorable, c'est vrai, tandis que la diminution progressive de l'excrétion urinaire est en général un symptôme grave, c'est exact aussi. Mais il y a des exceptions assez nombreuses et là encore nous ne trouverons pas le guide sûr, capable de nous montrer la route de l'abstention ou de l'intervention.

J'en dirai autant de la qualité des urines, et les traces d'albumine, l'urobiline, l'acétone, l'excès d'amoniaque, etc., se rencontrent aussi bien dans les formes qui guérissent que dans les formes qui tuent.

Paul Dubois, en 1852, déclare que l'avortement doit être provoqué dans ce qu'il appelle la deuxième période, ou période fébrile caractérisée par l'accélération du pouls. Ce symptôme, accélération du pouls, a été repris par Pinard, en ayant particulièrement en vue sa valeur en tant qu'indication opératoire. Se basant sur sa longue expérience et sur un grand nombre d'ob-

servations minutieusement étudiées, il a été amené à conclure ceci : « *Dès que chez une femme atteinte de vomissements toxiques, l'accélération est telle que le nombre de pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse.* »

Il est bien entendu que dans son grand bon sens clinique, Pinard ne pense pas englober tous les cas possibles dans cette formule simple. Il a d'abord ajouté un correctif en déclarant que l'indication de l'avortement thérapeutique existe lorsque le pouls dépasse 100 *d'une façon permanente*. Le pouls, en effet, chez certaines femmes est d'une instabilité extrême ; maintenant à 110, 115, il pourra deux ou trois heures après, ne battre qu'autour de 80 à la minute. Aussi conseille-t-il, chez les malades dont l'état demande à être surveillé de près, de prendre le pouls au moins toutes les quatre heures, si l'on veut retirer de ce signe une indication veritablement utile. Il admet encore qu'il y aurait grand intérêt à connaître *l'état habituel du pouls avant la grossesse*, certaines femmes ayant, à l'état normal, les unes un pouls à 75, les autres un pouls à 85. Peut-être serait-il important aussi d'avoir, pour la malade en observation, une idée de l'importance réactionnelle de son pouls, car chez deux femmes ayant un rythme habituel à peu près semblable, le pouls, vis-à-vis d'une cause identique, pourra réactionner d'une façon plus ou moins accusée.

Mais ces quelques nuances sont souvent fort difficiles à apprécier en pratique, et le plus souvent le médecin n'aura rien à regretter en appliquant la règle formulée par Pinard.

Je sais bien que des femmes dont le pouls est resté des jours ou des semaines notablement au-dessus de 100 *d'une façon permanente* ont fini par guérir et ont accouché à terme, mais le plus souvent on a alors joué gros jeu. Il y a quelques années, une de mes parentes eut, à l'occasion de sa deuxième grossesse, des vomissements toxiques à allure très grave ; son état général restait assez bon malgré un pouls constamment aux environs de 100, ce qui ne m'effraya pas outre mesure, au début, car en temps normal il était entre 80 et 90. Elle partit pour la campagne, et pendant quelques semaines je la perdis de vue. Son mari, qui la surveillait de très près, examinait son pouls qui pendant une quinzaine de jours, je ne le sus que plus tard, ne descendit jamais au-dessous de 110 et montait souvent à 140-160. Un beau jour, on me demanda de venir la voir, car elle ne vomissait plus, gardait même quelques aliments, mais semblait à son entourage extrêmement fatiguée. J'avoue que je fus véritablement effrayé par la maigreur squelettique, l'état du pouls qui était petit, filant et à 140, les urines rares et foncées, et surtout par un état d'euphorie qui contrastait singulièrement avec l'objectivité de son état. Je la fis immédiatement transporter chez moi pour pratiquer au plus tôt l'intervention que je craignais trop tardive. Mais l'amélioration s'affirma, les vomissements s'espacerent, l'alimentation reprit avec rapidité, et l'accouchement eut lieu à terme très simplement. Mais le pouls resta entre 100 et 110 non seulement jusqu'à la fin de la grossesse, mais encore pendant six mois environ après l'accouchement. Il n'y eut pas de polynévrite, mais comme chez la malade qui fit l'objet de la fameuse observation Desnos-Joffroy-Pinard, les fonctions psychiques avaient subi un choc qui se traduisait par un affaiblissement des fonctions intellectuelles, portant particulièrement sur la mémoire. Si la mémoire des faits anciens était encore relativement conservée, celle des faits actuels, quotidiens, était à peu près perdue. Et cela dura, comme l'accélération du pouls, au moins six mois après l'accouchement.

Il y a quelques mois, chez une jeune femme enceinte de trois mois et demi, que l'on m'amena dans un état grave, avec un pouls constamment au-dessus de 110, je perdis une dizaine de jours à essayer l'adrénaline. Des symptômes de polynévrite se montrèrent ; je pratiquai l'avortement aussitôt ; la malade guérit, mais à l'heure actuelle, deux mois après l'opération, le pouls est encore entre 100 et 110, et les symptômes de polynévrite ne sont pas encore dissipés.

Pinard, Wallich, Fruhinsholz ont cité des cas analogues, et comme le dit Lepage, puisqu'il n'est pas toujours loisible au clinicien le plus expérimenté de réaliser l'idéal, j'incline fortement à penser qu'il vaut mieux, en cas de doute, pécher par prudence que par temporisation excessive.

Dans l'ensemble symptomatique que présentent ces malades, le pouls, au point de vue pronostic et traitement, a donc une importance de premier ordre. Mais comme en face d'une responsabilité aussi grave que celle qui angoisse alors le médecin, on ne saurait s'entourer de trop de garanties, je ne vois que des avantages à ce que le laboratoire vienne donner la main à la clinique.

Au mois de mai 1909, Devraigne (1), reprenant les recherches de Tushkai, arrivait à des resultats diamétralement opposés en montrant que chez la femme atteinte de vomissements incoercibles, éliminant ses chlorures et se déshydratant, il y a une concentration relative du sang qui se manifeste dans les cas graves par une hyperglobulie. Il concluait que lorsque en dehors des injections de sérum la femme présente de la polyglobulie, le pronostic est grave ; et que lorsque après des injections de sérum on trouve une formule globulaire plutôt forte, on peut en déduire que sans le sérum il y aurait à coup sûr de la polyglobulie. *Dans l'un, comme dans l'autre cas, il existerait indication à l'interruption de la grossesse.*

En mai 1910, Lequeux (2) dans un travail fort intéressant fait sur l'instigation de Bar, cherche à baser un critérium pour le pronostic sur le degré d'abaissement du pouvoir glycolytique. Le pouvoir glycolytique est toujours abaissé chez les femmes en état de vomissements graves, et Lequeux croit pouvoir dire que *lorsque la limite de ce pouvoir glycolytique a atteint 1 gramme par kilog on doit considérer la femme comme très gravement malade, et dans ce cas là on n'hésitera pas à interrompre la grossesse.*

(1) Devraigne, *Contrib. à l'étude du sang dans les vom. inc. de la grossesse* (L'Obstétrique, mai 1909).

(2) Lequeux, *Recherche sur le pouvoir glycolytique chez la femme enceinte atteinte de vom. inc.* (L'Obstétrique, mai 1910).

Je considère ces deux travaux comme ayant un très grand intérêt, mais je fais à la concentration du sang cette simple objection qu'il s'agit là uniquement d'un phénomène d'inanition. Pour ce qui est de la diminution du pouvoir glycolytique, méthode excellente d'appréciation de la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique, peut-être n'est-elle pas toujours l'indice d'une atteinte grave de cette cellule. Comme l'a montré Claude Bernard, l'hyperglycémie se traduisant par la glycosurie, peut se rencontrer dans certains troubles fonctionnels passagers du foie, et en particulier dans une sorte d'inertie de la cellule hépatique qui la rend incapable de retenir momentanément le sucre apporté par la veine-porte. Or, ce trouble fonctionnel se rencontre dans l'état auquel Lépine a donné le nom d'*azoamylie*, état caractérisé anatomiquement par la diminution plus ou moins considérable du glycogène dans le foie, et qui est constant chez tout sujet soumis à un jeûne prolongé.

Or, dans le pronostic des vomissements incoercibles, l'état d'inanition a une grosse importance, mais il n'est pas tout, et chez les femmes névropathes, horriblement déprimées, amaigries et deshydratées qui guérissent finalement par un traitement psychique, et où la polyglobulie existe à coup sûr, *je me demande si l'abaissement du pouvoir glycolytique n'existe pas aussi, au même titre que l'excès d'indican, d'urobiline, d'acétone ou d'ammoniaque urinaire, constamment retrouvé dans les formes graves qui guérissent.*

En disant ceci, je ne formule pas une critique, mais je demande simplement à être éclairé, et je suis certain d'être absolument d'accord avec MM. Chirié et Lequeux, pensant que ces deux importants mémoires ont besoin d'une suite qu'ils tiendront certainement à nous donner.

Enfin, pour terminer ce qui a trait à cette question si difficile en pratique de l'opportunité opératoire, je dirai qu'en dehors de toute autre considération clinique, amaigrissement, pouls, température, etc., etc., il est, à mon avis, deux complications qui, dûment constatées chez une femme atteinte de vomissements graves de la gestation, représentent des indications immédiates à l'interruption de la grossesse, c'est l'apparition d'une *polynévrite*, ou celle d'un *ictère vrai* caractérisé par le passage des pigments biliaires dans l'urine.

Il est bien entendu aussi que quel que soit l'état dans lequel on trouve une de ces malades, l'abstention n'est jamais de mise. Si désespérée que semble la situation, il est de notre devoir de recourir au plus tôt à l'évacuation de l'utérus, qui rapidement exécutée permet d'assister parfois à de véritables resurrections.

### Technique opératoire

La détermination opératoire étant prise toujours chez des malades en état très grave, toute perte de temps est une faute, et la meilleure méthode sera celle qui, *excluant la violence permettra l'évacuation totale avec le maximum de rapidité.* L'association des tiges de laminaire, des bougies de Hégar et des petits ballons de Champetier permet presque toujours d'obtenir très

vite, sinon facilement, une perméabilité suffisante pour évacuer totalement l'utérus.

Voici la technique à laquelle je me suis arrêté, et qui m'a toujours amené en vingt-quatre heures à réaliser chez des primipares la déplétion d'un utérus gravide des premiers mois préalablement bien fermé. Le matin à neuf heures, une tige de laminaire, précédée ou non par un hystéromètre ou par de fines bougies de Hégar ; le soir, à sept heures, extraction de la laminaire posée le matin, bougies de Hégar et mise en place d'une deuxième laminaire n° 21, ou même, si c'est possible, de deux laminaires accolées en canon de fusil. Le lendemain matin, chloroforme, extraction des laminaires posées la veille au soir, et, s'il le faut, bougies de Hégar, jusqu'à pouvoir passer l'index. Grâce à une certaine habileté, le doigt seul, ou assisté d'une pince chargée d'extraire quelques petites parties mobiles de fœtus dilacéré, fera place nette en peu de temps.

Chacun aura ses préférences pour tel procédé ou pour tel tour de main, mais je le répète, le principal est d'aller vite, et de savoir que pour gagner du temps on ne doit pas se priver de l'auxiliaire du chloroforme que ces malades malgré leur apparence m'ont toujours paru supporter à merveille.

Les injections de sérum, avant, pendant et après l'intervention, sont vivement recommandées par Pinard qui insiste également sur le régime alimentaire, lequel, malgré la disparition souvent presque immédiate des vomissements, *ne doit être modifié que très lentement et sous surveillance attentive*. Tant que le pouls reste rapide, tant que les urines, même assez abondantes, contiennent en quantité manifeste de l'urobiline et de l'acétone, tant que le pouvoir glycolytique reste notablement abaissé, il sera prudent de maintenir le régime lacté ou un régime végétarien, sans oublier les fonctions intestinales toujours paresseuses chez ces malades.

De l'exposé de la thérapeutique actuelle des vomissements incoercibles de la grossesse, il résulte que si notre façon de guider les malades pendant cette période troublée de la gestation a une importance réelle, il nous faut, malgré tout, avoir l'humilité de déclarer que nous n'avons pas d'action directe sur les vomissements toxiques.

Supprimer les vomissements en supprimant la grossesse, *c'est faire le sauvetage de la femme enceinte*, mais je me demande si cette action radicale, basée sur le sacrifice d'une autre vie, mérite véritablement le nom de traitement. Et nous en serons là, sans traitement à proprement parler, sans médication conservatrice rationnelle tant que nous ne tiendrons pas la pathogénie du vomissement « sous condition de grossesse ».

Il semble que nous commençons à l'entrevoir, et peut-être appartient-il à un avenir très proche de nous apporter la lumière tant désirée.

**Nos collaborateurs.**

Nos colonnes sont ouvertes à tous et nous publions les articles et notes pratiques d'un caractère original et pouvant intéresser les praticiens que nous envoient nos lecteurs, abonnés ou non.

Nous cherchons ainsi à recueillir des faits cliniques observés tant en France qu'à l'étranger et qu'il importe souvent de mettre en lumière.

*ACTUALITÉS MÉDICALES*

# INÉGALITÉ FLAGRANTE

Tous les ans, à l'heure triste et morose où Paris est enseveli dans un vaste linceul de neige immaculée, la bonne vieille Académie de Médecine jette à pleines mains sur nos crânes hirsutes ou dénudés des flots de couronnes... C'est parfait... Après le travail, la récompense, et nos heureux lauréats puisent dans ces succès de nouvelles et juvéniles ardeurs pour de futurs combats aussi pacifiques que valeureux.

Or, chaque année, c'est avec un véritable plaisir que l'on enregistre les succès remportés par la médecine militaire de l'active soit dans les grands prix, soit dans les prix spéciaux destinés à la vaccination, aux épidémies, à la tuberculose, aux eaux minérales et autres branches de la science médicale, soit dans la commission particulière de l'hygiène de l'enfance.

Ces récompenses remportées par nos confrères de l'armée, prix, mentions, citations, médailles d'or, d'argent ou de bronze, etc., ont une double portée. D'abord, elles sont le témoignage officiel d'une haute culture scientifique et, ensuite, elles permettent à nos collègues et camarades de l'active d'être *notés* très favorablement par la 7e Direction du Ministère de la Guerre, notes qui influent toujours d'une façon très avantageuse au sujet de leur avancement.

En outre de ces prix en argent, de ces médailles ou citations, nos confrères militaires reçoivent, quelque temps après la proclamation de ces récompenses, des *Lettres de félicitations officielles* de la part de M. le Ministre de la Guerre, lettres de félicitations qui sont insérées au *Journal Officiel*.

Je trouve cette mesure excellente et j'y applaudis de toute la puissance de mes mains vigoureuses.

Mais... car il y a un mais... pourquoi M. le Ministre de la Guerre, en la personne de la 7e Direction du Corps de santé, n'agit-il pas avec les médecins de réserve ou de territoriale de la même façon qu'avec les confrères de l'active ?

Nombreux sont, en effet, chaque année, les médecins de complément qui décrochent des timbales académiques ; nombreux sont ceux qui voient leurs travaux d'une ou de plusieurs années récompensés par un prix, une citation ou une médaille ; nombreux sont ceux qui, eux aussi, ont le titre envié de *Lauréat de l'Académie de Médecine*... Et pourtant, ceux-là, bien qu'appartenant à l'armée, soit dans la réserve, soit dans la territoriale, n'ont pas l'insigne honneur de recevoir une lettre officielle de félicitations de la part de leur ministre direct !

Pourquoi une telle flagrante inégalité ?

Nos récompenses obtenues soit à l'Académie, soit à l'Institut, soit dans des sociétés savantes, sont-elles inférieures à celles obtenues par nos camarades de l'active ? Non... elles sont identiques, elles sont égales et couronnent des travaux de mérite et de valeur absolument semblables.

Donc, à mon très humble avis, les médecins de seconde ligne ayant obtenu des prix ou des récompenses académiques devraient recevoir, comme les médecins de l'active, des lettres de félicitations, et voir ces lettres insérées au *Journal Officiel de la République Française*.

Ces récompenses et ces lettres de félicitations devraient également entrer légalement en ligne de compte pour l'avancement et l'inscription au tableau de concours de la Légion d'honneur des médecins des réserves.

Il y a là une lacune que la haute bienveillance de nos médecins inspecteurs généraux et des directeurs du Service de santé doit s'empresser de combler... au profit et à l'avantage des travailleurs d'abord, et au nom de l'égalité ensuite.

# L'ALIÉNATION & LE DIVORCE

Au moment de la discussion de la loi du divorce en 1882, la Chambre rejeta l'amendement Louis Guillot qui tendait à faire figurer la folie presumée incurable parmi les causes du divorce. Cette décision était conforme à l'opinion du plus grand nombre des médecins, mais non de tous. L'Académie de Médecine et la Société Médico-Psychologique consacrèrent alors plusieurs séances à l'étude de cette intéressante question.

La jurisprudence a depuis été constamment d'accord avec la doctrine. Non seulement l'aliénation confirmée, mais souvent la simple présomption de folie chez le conjoint défendeur suffisent pour que les actes incriminés perdent aux yeux du juge le caractère d'excès, d'injures ou de sévices et pour que la demande de divorce présentée par la victime soit rejetée.

MM. Juquelier et Fillassier ont signalé cependant, à la Société Médico-Psychologique, un arrêt relativement récent de la Cour de Bordeaux prononçant le divorce et rendu après intervention comme expert de M. le Dr Régis. Ils souhaitent que cet arrêt fasse jurisprudence et que, dans des cas analogues ou plus nets encore, le juge éclairé par l'aliéniste sur les particularités de l'état mental du défendeur, distingue la maladie mentale proprement dite (accident plus ou moins grave et plus ou moins durable) de la déséquilibration permanente des facultés ayant précisément pour résultat de créer l'insociabilité sans nécessiter l'internement.

L'essentiel est de ne pas considérer comme étant accomplis sans discernement et comme n'ayant pas par conséquent le caractère d'une faute, tous les actes injurieux ou violents de certains tyrans domestiques, déséquilibrés, amoraux, jaloux ou pervers, sous prétexte que ces déséquilibrés ont une mentalité s'écartant de la normale et peuvent même être momentanément des aliénés véritables. Ils ne manquent pas, souvent, de tirer argument de leur propre folie pour demeurer les bourreaux et les parasites de leurs époux.

Les auteurs estiment que cette manière de voir permettrait quelquefois de mettre

un terme à des situations intolérables sans que la législation actuelle fût modifiee et quoi qu'il pût arriver à l'intéressante proposition de loi de M. Maurice Colin, député d'Alger, proposition reprenant aujourd'hui l'esprit de l'amendement Guillot.

A la suite de cette communication, la Société Médico Psychologique a décidé de reprendre la discussion de 1882.

D'autre part, M. Maurice Colin, a déposé à la tribune de la Chambre, le 17 novembre dernier, une proposition de loi qui reprend, en le modifiant, l'amendement de M. Guillot, et qui a été renvoyée à la Commission de réforme judiciaire.

L'honorable député rappelle, à cette occasion, les législations allemande, suédoise et suisse.

## REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

**L'Humorisme ancien et l'humorisme moderne,** par le professeur Charles Richet (*Extrait du discours prononcé au Congrès de physiologie de Vienne*).

La grande révolution scientifique qui a créé la chimie n'a pas porté ses fruits tout d'abord. Il y a eu des périodes d'incertitude, d'hésitation, pendant lesquelles la physiologie et la médecine, sa fidèle compagne, au cours de ce glorieux XIXe siècle, si fécond en découvertes, ont oscillé sans savoir exactement de quel côté devait venir la lumière.

Et en effet, de même que les anatomistes de la Renaissance avaient dirigé la biologie du côté de la dissection, de même les micrographes avec leurs microscopes de plus en plus parfaits, ont semblé entraîner la physiologie vers l'histologie, l'histogenèse, la morphologie cellulaire. Or, quoique de précieuses découvertes aient été faites sur la structure des cellules, quoiqu'on ait pu décrire leurs formes, les transformations de leurs plus minuscules granulations. de manière à finalement considérer la cellule. cet élément qui paraissait si simple, comme un monde extrêmement compliqué, il semble cependant que tous ces progrès de la morphologie n'ont guère élucidé aucune des questions fondamentales de la physiologie.

Les plus grands physiologistes ont à diverses reprises insisté sur cette impuissance de l'anatomie, même de la plus fine anatomie microscopique, à élucider la modalité des fonctions. C'était une idée chère à Magendie, à Claude Bernard surtout, lequel répétait sans cesse que l'histologie ne peut rien, ou presque rien. pour la physiologie, et que la connaissance d'une forme n'implique nullement celle d'une fonction.

On ne peut guère exagérer dans ce sens. Même quand nous pouvons décrire minutieusement la forme d'une cellule et le réseau compliqué des diverses granulations qui la constituent, nous n'en sommes pas beaucoup plus avancés pour connaître son rôle. Qu'il y ait dans une cellule nerveuse cinq ou six groupes de matières diversement colorables, en quoi pourrons-nous déduire de cette apparence les quantités d'oxygène que la cellule nerveuse consomme, déterminer les conditions de l'acte réflexe et les lois de son irritabilité ? Supposons que nous ayons approfondi dans tous ses détails la structure de la fibre musculaire. quels enseignements en pourrons-nous obtenir sur la forme de la contraction musculaire ? Une heure de myographie nous instruira davantage.

Heureusement les physiologistes ne se sont pas laissés séduire par le mirage du microscope, ils ont fait de la physiologie en physiologistes et non en histologistes, par l'expérimentation, non par la morphologie. Ni Claude Bernard, ni Helmholtz, ni Ludwig ne se sont refusés à en admettre l'usage, bien évidemment, mais ils ont toujours proclamé que cet usage était restreint. Toujours ils ont préféré l'expérience à l'observation. Ils ont toujours mieux aimé analyser une fonction que de décrire une forme. C'est pour cette cause qu'ils ont fait de si nobles découvertes, car l'histologie d'un organe ne permet pas à elle toute seule de pénétrer le rôle de cet organe.

Peut-être la médecine a-t-elle été moins sage que la physiologie. Elle a cru que l'anatomie microscopique, normale ou pathologique, allait tout éclaircir ; et elle n'en a retiré, nous sommes forcés de le reconnaître, à peu près aucun profit. Toute l'histoire de la pathologie cellulaire, malgré le génie de Virchow, n'a abouti qu'à un échec assez lamentable. Deux ou trois expériences de Pasteur ont plus fait pour rénover la médecine que cinquante ans d'anatomie pathologique.

Et, si je parle de Pasteur, comme je pourrais parler de ses éminents successeurs, R. Koch et Ehrlich, et tous les bactériologistes d'aujourd'hui, c'est que la pathologie expérimentale se confond de plus en plus avec la physiologie pour s'écarter, de plus en plus, de l'anatomie pathologique. Ce n'est pas l'observation microscopique des formes bactériennes ou cellulaires qui nous a donné ces merveilleuses découvertes, par lesquelles la médecine ancienne a été bouleversée. Car vraiment toutes les parties de la médecine ont été régénérées ; étiologie, pathogénie, hygiène, thérapeutique, ç'a été une révolution sans précédent dans l'histoire des sciences. Et ces progrès furent dus uniquement à l'expérimentation. c'est-à-dire à la méthode des physiologistes. La morphologie des bactéries a bien peu d'importance quand on la compare à la biologie des bactéries.

Pourtant, aux débuts de la bactériologie, on paraissait s'éloigner définitivement de l'humorisme. Mais d'importants travaux ont bien vite établi qu'il fallait, en fin de compte revenir à l'analyse biologico-chimique c'est-à-dire à l'humorisme, pour comprendre l'évolution des microbes. Ç'a été d'abord la belle découverte de Roux, établissant que les symptômes produits par les microbes, quand ils vivent et évoluent dans les corps vivants, sont plus ou moins identiques aux symptômes provoqués par les substances chimiques que contiennent ces microbes. En injectant les produits solubles que sécrètent les microbes de la diphtérie, on reproduit les symptômes de la maladie diphtérique due à la pullulation des microbes diphtériens. Quelque temps après, je montrais, avec Héricourt, qu'on trouve dans le sang des animaux immunisés des substances chimiques capables de conférer l'immunité. Et ç'a été le principe de la sérothérapie, si brillamment appliquée, deux ans plus tard, par Behring à la diphtérie. Et, de toutes parts, avec une ardeur incomparable, les expérimentateurs, médecins et physiologistes, sans se demander s'ils faisaient de la médecine ou de la physiologie, ont approfondi les fonctions chimiques du sang et lui ont découvert des propriétés multiples, dont la complication augmente chaque jour. C'est l'humorisme triomphant, l'humorisme dans sa plus rigoureuse acception.

Ainsi vous voyez que, quoique la physiologie ait été de tout temps attachée à l'humorisme, la médecine a oscillé pendant longtemps entre des tendances contraires, tour à tour se tournant vers l'anatomie, l'histologie et la morphologie bactérienne, mais revenant finalement à l'humorisme, comme le lui indiquaient les physiologistes.

La première loi de l'humorisme moderne est la suivante, qui se dégage nettement d'un nombre incalculable de faits :

*Les quantités de substance qui entrent en jeu dans les réactions physiologiques sont souvent en si faibles proportions qu'on peut les dire impondérables.*

Or ceci mérite tout d'abord une définition de ce qui est pondérable. La limite nous en est fournie par la sensibilité de nos balances. On pèse avec quelque certitude encore un centième de milligramme, nulle balance ne peut une mesure assez délicate, mais on ne peut guère aller plus loin. Et quand il s'agit d'un centième de milligramme, nulle haance ne peut l'apprécier. Pourtant, nous pouvons parler d'un centième, d'un millième, d'un millionième de milligramme; car, en dissolvant un milligramme dans un litre, on a dans un centimètre cube un millième de milligramme; en le dissolvant dans un mètre cube, on a pour un centimètre cube le millionième de milligramme. Mais nul réactif chimique, si sensible qu'il soit, ne peut déceler une substance quand elle a été amenée à ce degré extrême de dilution. Et cependant certaines réactions physiologiques nous permettent de démontrer que ces substances prodigieusement diluées ne sont pas inactives. Je vais vous en donner quelques exemples.

Il m'a été donné d'établir que parfois des quantités de sels métalliques répondant à l'effroyablement petite dose du dix-millionième de milligramme par litre (pour les sels de vanadium, par exemple) n'étaient pas sans quelque action sur la fermentation lactique. Ce chiffre est vraiment tout à fait extraordinaire, car le dix millionième de milligramme dépasse en infimité tout ce que nous avons coutume de considérer. Et cependant le ferment lactique est sensible, nettement sensible à cette étonnante dilution. Et comme il y a dans un litre de lait qui fermente cent mille milliards de cellules, et peut-être davantage, il s'ensuit que la quantité de vanadium qui agit sur chaque cellule est indiquée par une fraction de gramme où il y aurait 25 zéros.

Tous les métaux agissent à peu près comme le vanadium, notamment le thallium et le baryum. On peut alors se demander s'il s'agit d'une action chimique, ou d'une action autre, d'ordre physique, plus ou moins analogue à celle du radium, par exemple. Mon regretté ami P. Curie m'a jadis donné un peu d'émanation du radium, c'est-à-dire un gaz en proportion si faible qu'il est impondérable (et même cette émanation est-elle un gaz ?); en tout cas cette émanation, déjà très diluée quand Curie me l'a donnée, a pu être mélangée à mille fois son volume d'air sans cesser d'exercer une action sur le ferment lactique. Il y a donc lieu de se demander si cette action des sels métalliques dilués, celle de l'émanation du radium (à laquelle on compare maintenant l'action des eaux minérales), est d'ordre chimique ou d'ordre physique. N'y a-t-il pas là quelque transformation d'énergie ?

Quand l'action chimique se transforme en d'autres énergies, elle devient, dans certains cas, perceptible à nos sens, même quand elle est très faible. Ainsi la lumière d'une vive flamme d'acétylène, qui brille pendant une seconde, ne représente guère qu'un centigramme de carbone, et pourtant elle est perçue à 1 kilomètre de distance, c'est-à-dire sur un espace d'un centimètre carré faisant partie d'une sphère dont le rayon est d'un kilomètre. La minime quantité d'énergie lumineuse, alors dégagée par un dix milliardième de milligramme de carbone, est encore perçue par notre rétine.

A vrai dire, rien ne nous permet de supposer que ces phénomènes ne sont pas d'ordre chimique; car nous ne savons pas quelle est pour les cellules vivantes la limite de sensibi-

lité aux actions chimiques. Tout ce que nous ponvons dire, c'est que cette sensibilité est extrême. Par exemple, on ne peut guère supposer que la sensibilité olfactive soit due à une excitation autre que chimique. Une odeur est perçue quand quelques particules de substance matérielle arrivent au contact de la muqueuse olfactive, et ce contact est nécessaire. Mais quelle infinie petitesse ! Comment calculer la quantité de matière qu'un lièvre laisse derrière lui en traversant une prairie ? C'est assez, cependant, pour qu'un chien, deux heures après, puisse retrouver sa trace. Berthelot a constaté qu'en faisant passer un courant d'air assez rapide sur l'iodoforme, l'odeur de l'iodoforme est très nettement perçue dans l'air qui a passé, et cependant, le poids d'iodoforme reste à peu près le même, quoique son odeur soit perçue dans chacun des millions de litres qui ont été à son contact. Berthelot avait coutume de citer un autre fait du même ordre, d'interprétation plus incertaine. Quand on frotte légèrement du cuivre, une certaine odeur caractéristique se dégage et pourtant le cuivre ne perd pas de son poids.

W. Engelmann, a fait une bien curieuse expérience. Certains infusoires contiennent dans leur cellule quelques granulations de chlorophylle. Or, si l'on fait vivre ces infusoires dans un liquide contenant des bactéries, et qu'on les éclaire d'un rayon solaire pendant une seconde seulement, aussitôt on voit toutes les bactéries se précipiter vers l'infusoire chlorophyllien. C'est que la minuscule quantité de chlorophylle, éclairée pendant une seconde, a décomposé une parcelle de l'acide carbonique dissous, et dégagé de l'oxygène qui attire les bactéries.

Il s'agit là d'une quantité impondérable. Mais elle a suffi pour que les bactéries se précipitent avec violence vers ce milliardième de gramme d'oxygène, qui s'est dégagé.

Les quantités d'iode qui se trouvent dans le sang sont en si petite quantité qu'on ne peut les doser. Souvent même on ne peut en déceler les traces. Cependant, cet iode, qui se trouve en proportions impondérables dans le sang, peut être, par le corps thyroïde, séparé, isolé, accumulé, de sorte qu'il existe une combinaison iodée bien définie dans la glande.

Et quant à l'adrénaline, sécrétée par les glandes surrénales et certainement déversée dans le sang, à quelles doses minuscules se trouve-t-elle dans le sang des veines surrénales ?

Toute la chimiotaxie nous révèle l'action des quantités infinitésimales. Et, dans cette chimiotaxie, l'histoire des spermatozoaires est tout spécialement intéressante. S'ils sont attirés par l'ovule, c'est assurément par une force chimiotaxique. L'expérience directe prouve qu'ils sont d'une extrême sensibilité aux actions chimiques les plus faibles.

Si on les met au contact d'une goutte d'acide malique dont la dilution est au millième, ils sont attirés aussitôt. Or, ils ne progressent que parce qu'il y a une différence d'acidité entre la quantité d'acide qui se trouve à la tête et celle qui se trouve à la queue du spermatozoïde. Cette différence, si l'on songe à la petitesse de l'organisme cellulaire, dépasse elle-même en petitesse tout ce que nous pouvons imaginer.

Pour le dire en passant, l'embryologie, qui était restée jusqu'à présent une science presque uniquement morphologique, et dans laquelle l'humorisme ne semblait guère devoir jouer aucun rôle, est entrée, elle aussi, dans sa période humorale. Et tout de suite de grands résultats ont été obtenus. Les admirables recherches de Delage ont établi le fait de la parthénogenèse chimique. L'influence chimique, ou osmotique, ce qui est à peu près la même chose, de certains sels métalliques, même très dilués, sur la maturation de l'œuf, est maintenant très bien démontrée.

De sorte que la chimie, c'est-à-dire l'humorisme, régit aussi bien la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule que la maturation de l'œuf et son développement embryogénique. *Les lois de la chimie, qui gouvernent la vie de l'adulte, gouvernent aussi sa naissance.*

Certes on est étonné quand on voit une seule cellule, par sa prolifération, être l'origine de cet immense agrégat de cellules diverses qui est l'adulte; mais l'étonnement est plus grand encore si l'on réfléchit que ce développement est le résultat d'un conflit chimique, conflit de substances rigoureusement spécifiques, puisque la fécondation ne se fait pas entre des espèces différentes, substances dont la quantité absolue est si petite qu'elle dépasse les limites de notre entendement.

L'expérimentation avec les toxines nous fournit des exemples tout aussi remarquables. Permettez-moi, à ce propos, de vous parler d'un fait que j'ai découvert il y a quelques années, et que j'ai appelé l'*anaphylaxie*. Grâce à l'ardeur et au talent avec lesquels, de toutes parts, on étudie cette nouvelle loi de physiologie générale, elle a pris une grande importance en physiologie, et surtout en pathologie.

L'anaphylaxie, céest le contraire de la protection (phylaxie).

Si l'on injecte une substance albuminoïde, une toxine par exemple, dans le système circulatoire d'un animal, l'animal, au lieu d'être par cette première injection protégé contre une nouvelle injection de cette même toxine, est devenu plus sensible. Supposons que la dose mortelle soit de 1 centigramme : l'injection du dixième de cette dose, soit de 1 milligramme, ne le rendra pas malade, ou à peine. Mais, un mois plus tard, — car il faut à peu près un mois pour que l'état anaphylactique s'établisse, — il est devenu tellement sensible qu'une dose de 1 milligramme suffit pour le tuer, en développant immédiatement des accidents formidables.

Donc la première injection a provoqué un état qui est le contraire de la protection, l'anaphylaxie.

La sensibilité de certains animaux, et notamment des cobayes, à cette injection première, anaphylactisante, est tout à fait extraordinaire.

Deux physiologistes américains, Rosenau et Anderson, ont fait à cet égard une bien curieuse expérience. Ils injectent à des cobayes une substance inoffensive, le sérum de cheval, et ils constatent que le sérum de cheval anaphylactise quelquefois à la dose d'un cent millième de centimètre cube. Autrement dit, un cobaye, qui a reçu, il y a un mois, un cent millième de centimètre cube de sérum de cheval, n'est plus tout à fait le même qu'un cobaye normal. Il meurt en quelques minutes si on lui injecte une quantité de sérum de cheval tout à fait inoffensive pour un cobaye normal.

Or, dans le sérum de cheval, la substance chimique, albuminoïde, qui produit l'anaphylaxie, est probablement en assez faible proportion; il n'y a peut-être qu'un millième de substance active, peut-être moins encore. Par conséquent, un milliardième de gramme est encore une quantité active.

Un autre physiologiste américain, M. Vaughan, a pu extraire de l'ovoalbumine une substance chimique, albuminoïde, cristallisable, qui anaphylactise aussi à la dose du milliardième de gramme.

Ce n'est pas seulement par l'anaphylaxie que se constatent ces influences de minimes quantités de substance.

Avec l'hémolyse, que les beaux travaux de Hamburger, de Bordet, et de beaucoup d'autres physiologistes, ont rendue si précise, on voit clairement que des proportions minuscules de certaines matières chimiques déterminées ont une activité puissante.

L'injection d'une toxine produit toujours dans l'organisme de l'animal injecté deux substances, une antitoxine (anticorps) et une toxogénine (la substance active de l'anaphylaxie); or, ces anticorps et ces toxogénines sont presque absolument spécifiques. Ce n'est pas là le moins curieux chapitre de leur histoire. A chaque antigène répond par l'organisme la formation d'un anticorps spécial. A la diversité des antigènes répond la diversité des anticorps sécrétés. La tyrosinase d'origine végétale et la tyrosinase d'origine animale semblent identiques, et cependant, comme l'a montré mon ami C. Gessard, l'antityrosinase végétale n'est pas la même que l'antityrosinase animale.

Rien ne peut mieux donner une idée de cette spécificité rigoureuse que l'application de l'anaphylaxie aux recherches médico-légales.

M. Uhlenhuth a fait sur ce point des expériences très nettes. Quelques gouttes de sang, d'origine inconnue (homme, chien, lapin, bœuf, cheval, mouton, tortue, poule, ou cobaye), sont injectées à neuf cobayes. Un mois après, on injecte à chacun de ces cobayes du sérum, soit d'homme, soit de chien, soit de lapin, etc. Un seul meurt : c'est celui qui a, je suppose, reçu du sang de cheval. On peut alors conclure, en toute certitude, que le sang, d'origine inconnue, injecté, il y a un mois, aux neuf cobayes, était du sang de cheval.

On a même pu faire une assez amusante expérience. Avec une momie égyptienne vieille de plus de trois mille ans, on a fait un extrait aqueux de quelques tissus, pour l'injecter à des cobayes, et un mois après on a constaté que ces cobayes étaient anaphylactisés pour des albumines humaines, ce qui nous permet d'en déduire cette conclusion — fort vraisemblable d'ailleurs — qu'il y a trois mille ans la constitution chimique des êtres humains ressemblait fort à la constitution chimique des homme d'aujourd'hui.

Essayons de dégager ce qui est la conséquence de ces faits.

Tout d'abord, c'est que les méthodes d'études vont différer des méthodes anciennes.

Jusqu'à présent, pour étudier une substance, on la déterminait chimiquement : on essayait de l'isoler, de la préparer dans un état de pureté relative. Mais maintenant une nouvelle chimie biologique est née, c'est celle des impondérables. *Chimie des impondérables* ! Voilà deux mots qui semblent terriblement contradictoires ! Car la chimie procède surtout par la balance, et nous voici contraints à étudier des corps que la balance ne peut pas connaître.

La chimie des impondérables devient alors forcément la chimie des fonctions (en donnant, bien entendu, à ce mot de fonctions un tout autre sens qu'à la chimie des fonctions en chimie organique). C'est la chimie des fonctions biologiques des humeurs.

Assurément, il y a quelque péril à étudier des corps qu'on ne peut isoler, à leur donner des noms, à décrire leurs propriétés, sans les avoir vus, sans les avoir le moins du monde isolés, en sachant au contraire qu'ils sont mélangés a un grand nombre de corps similaires.

Péril réel, auquel il faut songer d'autant plus que nous avons vu Hippocrate, Galien et les anciens maîtres décrire des humeurs qui n'existaient que dans leur imagination.

Pourtant, nous ne sommes plus ici dans des hypothèses, mais dans des expériences positives. Voici 1 centimètre cube de sérum qui contient, outre les substances normales du sérum, déjà invraisemblablement complexes, une substance anticoagulante, une substance anaphylactisante ou toxogénine, une substance

antihémolytique, une lipase, une glycase, une antitoxine diphtérique, une antitoxine tétanique. Même, si le malheureux animal, dont on veut préparer le sérum, est capable de résister à d'autres injections d'antigènes, son sérum pourrait contenir bien d'autres anticorps en plus (*sérum polyvalent*).

Ce serait une œuvre impossible que de vouloir isoler ces différentes substances, dont les propriétés sont très voisines, quoique certainement non identiques. Il faudra donc se résigner à étudier par les méthodes biologiques et non plus par les méthodes chimiques ordinaires cette goutte de sang qui est tout un monde, et qui possède des propriétés bien caractérisées, qu'une sagace et savante expérimentation peut nous révéler.

Nous ne sommes encore qu'au début de cette chimie des impondérables fondée sur l'analyse des fonctions biologiques, et pourtant nous pouvons déjà prévoir quelques-unes de ses conséquences. Elle nous conduit immédiatement dans un domaine qui jusqu'à aujourd'hui était resté à peu près inexploré, à savoir *la physiologie des individus*.

Jusqu'à aujourd'hui on avait fait presque uniquement la physiologie de l'espèce. On essayait de savoir les conditions d'existence des lapins, chiens, cobayes, chats, et on supposait — ce qui est à peu près vrai — que les divers individus d'une même espèce étaient identiques. Ce qui est vrai pour un lapin, disait-on, sera vrai aussi pour un autre lapin, de même taille, de même sexe, de même alimentation, de même pelage.

Cette identité n'existe pas. Il n'y a pas dans la vaste forêt deux feuilles qui soient identiques. Deux animaux ne sont jamais identiques. Il existe entre eux certainement des différences, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel. Aussi sera-t-il très intéressant aux physiologistes de chercher plus qu'ils ne l'ont fait encore à préciser ces caractères différentiels, à faire en un mot la physiologie de l'individu après avoir fait la physiologie de l'espèce. Déterminer dans quelles limites sont variables les individus d'une même espèce, ce sera assurément une étude des plus fructueuses, aussi bien pour la physiologie que pour la médecine.

Par leurs caractères psychologiques, les individus d'une même espèce diffèrent. C'est un fait que nous savons depuis longtemps, et qui, par conséquent, ne nous étonne plus. Les différences sont d'autant plus accentuées que le développement mental est plus intense. Dans l'espèce humaine, les différenciations psychologiques, qui donnent à chaque individu un caractère spécial, sont extrêmement fortes. Nous avons chacun une personnalité absolument séparée de toutes les autres personnalités humaines. La mémoire, qui a fixé chez chacun de nous le souvenir d'événements dissemblables, accentue encore cette diversité intellectuelle que nous apportons en naissant. Nous n'en sommes nullement surpris, car, dès le début de la pensée, nous avons compris que notre *moi* était différent des autres *moi*, par le caractère, la volonté, les goûts, les sentiments, les souvenirs.

Nous avons donc tous, les uns et les autres, notre individualité psychologique. Mais — ce qu'on n'a pas suffisamment considéré — nous avons aussi notre individualité humorale. *Chacun de nous est différent des autres hommes, non pas seulement par sa mentalité, mais encore par sa constitution chimique.*

Comme nos humeurs contiennent un nombre énorme de substances diverses et voisines, impondérables, et certainement en proportions différentes chez les différents individus, et certainement aussi présentes chez les uns, et absentes chez les autres, il s'ensuit que la diversité humorale n'est pas moindre que la diversité psychologique. Plus on analyse les fonctions chimiques du sang chez les divers individus, hommes ou animaux, plus on y trouve de différences individuelles. Si, jusqu'à présent, on a identifié des liquides homologues appartenant à des animaux de même espèce, c'est parce qu'on n'avait pu en faire qu'une analyse insuffisante.

Nos procédés chimiques sont trop imparfaits et grossiers pour nous révéler ces différences. Mais nous pouvons cependant affirmer qu'elles existent. Le sang et les humeurs d'un individu vacciné il y a dix ans diffèrent du sang et des humeurs d'un individu non vacciné. Mais sera-t-il jamais possible de déterminer et d'isoler cette substance que la vaccination a fait naître en notre organisme ? Chaque maladie, chaque intoxication, peut-être même chaque irritation nerveuse, ont provoqué dans le sang la formation, la destruction peut-être, d'une certaine substance, et ont laissé leur trace matérielle, chimique, une trace que les années ne feront pas disparaître.

De même qu'il y a chez chaque individu le souvenir psychologique des faits particuliers, spécifiques, qui se sont présentés jadis à la conscience, de même il y a chez lui le souvenir humoral de toutes les injections et de toutes les infections antécédentes.

Ces injections étant diverses chez chaque individu, en intensité, en qualité et en durée, il s'ensuit que chaque individu est différent des autres par les propriétés chimiques de son sang.

Vainement on objecterait que ces différences sont dues non aux substances dissoutes dans le sang, mais aux leucocytes, et que c'est par les modalités de la phagocytose que se différencient les individus. En dernière analyse, la phagocytose peut se ramener à un phénomène chimique. Les leucocytes n'ont d'activité que par les ferments qu'ils sécrètent : c'est par leur chimisme qu'ils opèrent ; de sorte que la diversité des phagocytes ne peut guère être qu'une diversité de composition chimique.

On aurait pu espérer trouver par l'étude de l'anaphylaxie un moyen de reconnaître la diversité humorale des individus. Je l'ai essayé, mais ç'a été sans succès.

Voici comment j'ai procédé :

J'ai cherché à voir d'abord combien on pouvait transfuser à un animal du sang d'un animal de même espèce, et j'ai vu qu'on pouvait injecter à un chien 10 pour 100 de son poids de sang complet de chien. Un mois après, à ce chien transfusé, j'ai injecté encore 10 pour 100 du sang du même chien transfuseur. S'il y avait eu *anaphylaxie individuelle*, il y aurait eu à la seconde injection des accidents que la première injection n'aurait pas donnés ; comme on les eût observés, par exemple, si, au lieu d'injecter deux fois du sang de chien, on avait injecté deux fois du sang de cheval. Mais le résultat de ces expériences d'anaphylaxie homogène a été, dans son ensemble, négatif.

Cela n'infirme en rien le fait d'une individualité humorale très caractérisée, car l'anaphylaxie, malgré toute sa précision, est encore, somme toute, un procédé assez grossier.

Nous pouvons pressentir les modalités suivant lesquelles s'effectuent ces réactions d'impondérables. Des faits remarquables, très fermement établis, relatifs à la fonction de quelques glandes, et notamment du pancréas, nous permettent de le prévoir.

La trypsine pancréatique n'a aucune puissance digestive. Et en effet peut-on comprendre qu'il existe dans une cellule quelque substance digérant la cellule même ?

Aussi le suc pancréatique, recueilli isolément, avec des précautions minutieuses, sans mélange avec d'autres liquides, est-il dépourvu de toute activité digestive. Donc les cellules pancréatiques ne contiennent pas de ferment. Mais elles contiennent un *proferment*, une *protrypsine*, laquelle, sous l'influence d'actions chimiques diverses et notamment de l'*entérokinase* intestinale, va devenir tout à fait active. La substance chimique active A est donc précédée par une substance chimique inactive A', qui est sa génératrice ; et A' se transformera en A quand on la mettra en présence d'une autre substance B', également inactive lorsqu'elle n'est pas en présence de A. On aura alors la réaction suivante qui est très simple : A' + B' = A.

Il est probable que les quantités de B' nécessaires pour déterminer la réaction sont très faibles, même il est possible que dans cette réaction B' ne disparaisse pas et probablement il n'y a pas là de loi générale, et toutes les variétés de réaction existent. Peu importe. il n'en reste pas moins ceci :

*L'activité d'un liquide résulte du conflit de deux substances, qui, isolées, sont inactives.*

Telle est la seconde loi de l'humorisme, sur laquelle j'appelle toute votre attention, car elle est de généralité très grande.

Remarquez d'abord qu'elle s'applique aussi au phénomène de la fécondation. Les deux cellules, c'est-à-dire, en dernière analyse, les deux liquides protoplasmiques, du mâle et femelle, n'ont aucune activité s'ils sont isolés. Réunis, ils sont actifs et reproduisent l'être. Les phénomènes hémolytiques sont dus à l'action de deux substances dont on a pu séparément étudier les propriétés. Les phénomènes de l'anaphylaxie sont dus de même à l'action combinée de deux substances qui, isolées, sont impuissantes, à savoir l'*antigène* qui est en soi (à dose faible) inefficace, et la toxogénine qui apparaît dans le sang de l'animal anaphylactisé, toxogénine dont l'injection d'antigène a provoqué la lente formation, toxogénine qui est en soi absolument inefficace, et non toxique, puisque aussi bien les animaux anaphylactisés vivent longtemps en parfaite santé, toxogénine qui devient un terrible poison, mortel en quelques secondes, lorsqu'elle rencontre l'antigène inoffensif, en soi, lui aussi.

Nous trouvons un exemple saisissant de l'action combinée de deux substances inactives dans une expérience bien connue de tous les physiologistes, depuis Claude Bernard. L'amygdaline, des amandes amères, est un corps assez innocent; de même l'émulsine, qui n'est guère plus toxique. Or, si l'on injecte une petite quantité d'émulsine à un animal qui a reçu de l'amygdaline, des accidents immédiats, foudroyants, vont apparaître, car le corps résultant du conflit chimique entre l'amygdaline et l'émulsine, tous deux inoffensifs, sera un poison redoutable : l'acide cyanhydrique.

Toutes les fois qu'on a expérimenté avec soin sur les ferments et les toxo-albumines, si voisines des ferments, ç'a été pour constater que dans les organismes, c'est à l'état de proferments et de protoxines qu'existent ferments et toxines. La cellule ne peut sécréter qu'une substance inoffensive pour la cellule ; il serait absurde de supposer qu'elle va produire ce qui est capable de la tuer ou de la dissoudre.

Donc elle ne sécrète qu'une substance innocente, douée de propriétés fermentatives ou toxiques à peu près nulles. Mais cette substance innocente, qui n'est ni hémolytique, ni glycolytique, ni lipolytique, ni névrolytique, pourra le devenir, quand elle va rencontrer sur son chemin une autre substance également innocente. Et le résultat de la réaction sera, suivant la nature des deux corps entrant en jeu, la production d'une substance hémolytique, glycolytique, lipolytique ou névrolytique.

Si le plus souvent nous agissons sur des ferments actifs et des toxines actives, c'est que nous n'avons pas su préparer les protoxines et les ferments. En effet, ces corps préparatoires sont probablement d'une extrême instabilité. de manière à pouvoir se transformer en toxines véritables et ferments véritables sous des influences chimiques très faibles; plus faibles que

nos réactifs de laboratoire, réactifs violents et brutaux dont l'action n'est pas ménagée.

Aussi, presque toujours, pour arriver à connaître ces proferments, sommes-nous forcés d'étudier les liquides organiques intacts, sans leur avoir fait subir de manipulations. La préparation et l'isolement de ces corps les fait disparaître, et, à mesure qu'on les purifie, on les voit s'évanouir, comme l'or disparaissait jadis du creuset des alchimistes.

Nous parlions tout à l'heure de la chimie des *impondérables*, nous voici arrivés à la chimie des *instables*. Et certes les difficultés sont immenses ; mais c'est l'intérêt de la science que chaque pas fait en avant nous mène dans une région dont l'exploration est plus laborieuse et plus incertaine.

Cette instabilité des substances chimiques humorales ou cellulaires, donnons-lui son nom réel, son vrai nom physiologique ; c'est l'*irritabilité*. Cette instable, c'est être apte à se modifier par l'influence des actions extérieures les plus faibles ; c'est être irritable aux actions extérieures, mécaniques, physiques, chimiques. Toute l'irritabilité, c'est-à-dire presque toute la physiologie, a pour base l'instabilité chimique des corps qui constituent l'être vivant.

Dans les nerfs comme dans les humeurs, c'est la chimie qui gouverne tout. *L'être vivant est un mécanisme chimique, et peut-être n'est-il rien de plus.*

En tout cas, la complication en est effrayente, et nous serions à bon droit épouvantés, si nous n'avions pas devant nous l'exemple de nos glorieux prédécesseurs. Avec des ressources bien inférieures aux nôtres, avec des instruments imparfaits, obsédés par des théories ridicules, ils ont fini par dégager quelques vérités plongées dans un océan de ténèbres.

Il est vrai qu'ils n'ont pas toujours été modestes, et qu'ils ont cru bien souvent tenir le vérité, alors qu'ils ne tenaient que l'illusion et l'erreur.

## REVUE CLINIQUE

**Les taches jugo-labiales (signe de Koplik) dans la rougeole,** par MM. Péhu, médecin des hôpitaux, Ch. Rey, interne des hôpitaux. (*Lyon médical*).

L'article que nous publions ici n'a nullement la prétention de constituer une œuvre originale. Nous avons pour seul dessein de vulgariser la connaissance d'un signe clinique que des recherches précises nous ont appris à bien connaître et à grandement apprécier.

Découvert il y a bientôt quinze ans par le médecin américain Koplik, ce signe n'a rencontré de la part des cliniciens français qu'une défaveur à peu près générale et pour des raisons multiples dont nous préciserons plus loin le détail, on l'a « condamné sans l'entendre ».

C'est en 1896, que pour la première fois le Dr H. Koplik (de New-York) décrivit ce signe précurseur de l'éruption morbilleuse. L'article « princeps » fut publié dans les archives américaines de Pédiatrie (1). Quoique très complet, ce mémoire souleva peu l'attention médicale. Aussi son auteur crut-il nécessaire, deux ans plus tard, de revenir sur sa découverte ; il lui était apparu, en effet, que beaucoup de médecins n'avaient pas vu réellement le signe décrit par lui, ou qu'ils n'en avaient pas compris la description dans tous ses détails.

Pour éviter de dénaturer la pensée de l'auteur, nous croyons utile de donner la traduction littérale d'une partie de cet article, publié dans le *Médical Record* (9 avril 1898). Nous avons supprimé certaines phrases qui sont inutiles pour la compréhension du texte.

« Dans un article intitulé « Sur un signe diagnostic d'invasion de la rougeole, d'après une « étude de l'éruption apparaissant sur la mu- « queuse buccale» j'ai décrit pour la première fois un phénomène non observé et pathognomonique, sur la muqueuse des joues et des lèvres, inférieure et supérieure. A ma connaissance, ce phénomène n'a jamais été décrit auparavant, et comme je l'ai dit dans mon premier article, son importance est inestimable, car elle nous permet de porter un diagnostic positif d'invasion morbilleuse.

« Je le considère comme ayant une grande valeur avant l'apparition de l'éruption ; c'est pourquoi j'ai décidé de le décrire en détails et d'y ajouter quelques cas démonstratifs.

« *Ce nouveau phénomène de la rougeole apparait seulement sur les muqueuses des joues et des lèvres*, je désigne ces dernières sous le nom de muqueuse buccale pour les distinguer formellement de la muqueuse des autres régions de la bouche, celle du palais, mou et dur, et des amygdales qui ne sont point le siège du phénomène. L'éruption, ou phénomène, ou signe, que je veux décrire apparaît vingt-quatre, ou quarante-huit, ou même soixante-douze heures avant l'éruption cutanée, puis il se diffuse et atteint son maximum au moment même où l'éruption de la peau est apparue et s'est généralisée; alors il pâlit. Ainsi se constitue une sorte de cycle.

« Si nous regardons dans la bouche au moment de l'invasion de la rougeole, il n'y a rien de caractéristique surtout relativement à l'éruption du pharynx, du palais dur et mou. La gorge, au commencement, est rouge ; les amygdales et le palais mou peuvent être le siège d'un pointillé ; mais c'est aussi le cas dans beaucoup d'autres affections telles que la grippe, une angine catarrhale ordinaire, dans la fièvre scarlatine : dans cette dernière, la rougeur est diffuse, sans tacheté. »

« Si nous examinons la bouche à la période enanthémateuse nous voyons à une forte lumière la rougeur habituelle des amygdales et — non toujours — quelques taches du palais mou. Sur la muqueuse des joues et des lèvres (muqueuse buccale) nous voyons une éruption particulière et pathognomonique. Elle consiste en petites taches irrégulières, d'une brillante couleur rouge ; *au centre de chacune est le signe intéressant sur lequel je désire appeler votre attention. A un fort éclairage on distingue des points très menus* (most minute) *blanc-bleuâtres. Ces points dans le centre d'une tache rouge, sont absolument pathognomoniques d'une rougeole commençante.* Je ne les ai rencontrés nulle part ailleurs et quand on en a vu une fois, ils sont un signe précurseur certain de l'exanthème cutané. Ces points blanc-bleuâtres sont quelquefois si ténus qu'ils ne peuvent être vus qu'à un fort éclairage. Nul n'a jamais appelé l'attention sur ces points blanc-bleuâtres comme signe avant-coureur de l'éruption cutanée.

« Le phénomène que j'ai décrit ci-dessus est d'une valeur diagnostique toute spéciale au début, avant l'apparition de l'exanthème. Quand l'éruption cutanée se montre, et s'étend, la manifestation observée au niveau de la muqueuse des joues et des lèvres devient diffuse; et les caractères d'une éruption distincte ou tachetée disparaissent ; nous avons alors les caractères d'une rougeur générale intense qui est criblée d'une myriade de ces points blanc-bleuâtres. Ceci étant posé, il est facile de voir que cette éruption de points sur un fond rouge ou tacheté est de la plus grande valeur aux tout premiers débuts de la maladie, avant l'éruption ; il en est de même au début et à la période confinée de l'exanthème. Quand l'éruption de la peau est à son maximum d'efflorescence, l'éruption buccale commence à se flétrir et disparaît graduellement quand l'exanthème est terminé. Lors des derniers stades de l'éruption cutanée, le phénomène décrit plus haut n'existe plus. »

Tels sont les termes mêmes dont se sert Koplik pour décrire le signe nouveau découvert par lui. Il établit ensuite que les médecins ayant prétendu que ce signe n'est pas nouveau, se sont trompés ; car ils ont visé le pointillé vélopalatin et non pas l'éruption de taches sur la muqueuse jugale. Il déclare ensuite que ce signe peut être tenu comme spécifique de la maladie morbilleuse, car il ne l'a jamais rencontré dans aucune autre affection.

Que Koplik ait été le premier médecin ayant découvert, observé et décrit ce symptôme, c'est là un point d'exégèse sur lequel nous ne saurions nous étendre, et dont la discussion a été entreprise ailleurs. Dans sa thèse si pleine de détails précis, si riche de documentation et de critique, M. Bing (1) a tranché définitivement le débat en faveur de Koplik. Tout au plus, croit-il pouvoir accorder un parrainage lointain de ce signe à Bielski : c'est pourquoi, actuellement encore, il n'est pas complètement injuste de donner au phénomène l'appellation de « signe de Bielski-Koplik ».

Or, autant sa fortune fut rapide à l'étranger, autant, au contraire, les médecins français en discutèrent la valeur clinique ; et les récents traités ou précis de médecine générale ou infantile, les articles concernant la séméiologie des pièces éruptives, s'accordent — tous, ou presque tous — pour conclure soit que sa présence est rare, soit que sa signification est discutable. Nous devons cependant à la vérité de dire que quelques auteurs en ont donné une description très exacte ; ainsi, M. Paviot (2), ainsi M. Apert (3); de même, M. Collet (4). C'est en outre, instruits par les précieuses indications fournies par ce dernier au lit du malade, que nous avons pu entreprendre les recherches ci-dessous rapportées.

De cet ostracisme à peu près général les raisons sont multiples : la première, et la plus importante, est que les auteurs ne se sont point référés au mémoire original de Koplik lui-même et que, conformément à une coutume répandue dans la littérature médicale, ils se sont contentés de brèves analyses. Les termes de la description première ont été promptement déformés, et, partis de cette représentation imparfaite, les cliniciens français ont commis de multiples erreurs concernant la « manière d'être » du phénomène, son mode d'apparition, sa répartition et sa localisation exactes dans la cavité buccale, ses dimensions précises. Mais surtout ont eu le tort de le rechercher trop tardivement, à une époque où ce signe est en voie de diminution ou de disparition : quand l'éruption externe est à son maximum en effet, il n'existe plus.

On ne s'étonnera donc point si nous insistons avec quelque complaisance sur les détails, les plus minimes même qui le concernent.

I. Elémentairement, le signe de Koplik consiste dans la présence sur la muqueuse jugolabiale de *taches dont chacune est constituée par une aréole rouge ou rose, centrée par un point en saillie légère, de couleur blanc-bleuâtre.*

Il y a donc à la fois une macule périphérique et une papule centrale. Des deux formations, la plus importante est la papule. Comme le fait remarquer M. Bing, au lieu de dire qu'il existe des taches, il serait plus exact de parler des « éléments Koplik ».

(1) Koplik. The diagnosis of the invasion of measles from a study of exanthema as sit appelars on the buccal mucous menbram. Arch. o Pediatrics. New-York. Déc 1896, nº 12. p. 918-922.

(1) A. Bing. *Les taches de Koplik; leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole,* th. Paris 1904-05, nº 386.

(2) J. Paviot. *Précis de diagnostic médical et de Séméiologie :* p. 6.

(3) Apert. *Diagnostic précoce de la rougeole. Bulletin Médical* 1908, nº 74.

(4) Collet. *Précis de Pathologie interne* (5e édition), II, p. 510.

# BROMONE ROBIN

**Découvert pour la première fois en France par Maurice ROBIN en 1902, auteur des combinaisons métallo-peptoniques en 1881.**

*Thèse faite à la Salpêtrière*, par le Dr MATHIEU, en 1906, F. M. P.
*Communication à l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 26 Mars 1907).
**ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET DE L'ÉTRANGER**

Le ***Bromone***, combinaison de **Brome** et de **Peptone** entièrement assimilable, est un véritable Peptonate de Brome. Il remplace avec avantage les *Bromures*, sans craindre les conséquences du *Bromisme*.

***COMPOSITION*** :
0.10 centig. de Brome métallique par centimètre cube.
40 gouttes correspondent comme effet thérapeutique à 1 gramme de Bromure de Potassium.

***DOSE*** { **5 à 20 gouttes pour Enfants.** / **10 à 50 gouttes pour Adultes.** } **2 fois par jour.**

Se prend facilement dans du lait le matin à jeûn ou dans un peu de vin sucré additionné d'eau, avant, pendant ou après les principaux repas.

Le ***Bromone*** trouvera une indication formelle et précise :
1° Dans les **Affections convulsives** ;
2° Dans les **Phénomènes d'excitation cérébrale** ;
3° Dans **certains désordres nerveux du Cœur** ;
4° Dans certaines **Affections iodiopathiques ou essentielles : Asthme, Coqueluche, etc.**
5° Excitabilité nerveuse des états fébriles : **Céphalée des Surmenés et des Congestifs** ;
6° **Epilepsie, Hystérie** ;
7° **Insomnie des Vieillards.**

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** — DÉTAIL : *PRINCIPALES PHARMACIES.*

# MONT-DORE

**Station hydrominérale d'altitude (1050m)** *"Providence des Asthmatiques"*

**ASTHME** JUIN-OCTOBRE
**EMPHYSÈME**
**BRONCHITES - NEZ - GORGE**

L'HIVER chez soi { 1 à 5 verres par jour. Rhumes, Bronchite Suites de Grippe, Rougeole, Coqueluche surtout chez les enfants. — Pâte Pectorale à l'eau de la "Source Madeleine" (Boîte, 1 fr. ; Coffret, 3 fr. 50

**Brochures, Renseignements et Commandes directes, 8, boulevard Poissonnière, Paris.**

*ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)*

# SOURCE BADOIT

**VENTE 20 Millions de Bouteilles *PAR AN***

**L'Eau de Table sans Rivale**
**La plus Légère à l'Estomac**

Déclarée d'Intérêt Public Décret du 12 Août 1889

# VILLA MOLIÈRE

**MAISONS MÉDICO-CHIRURGICALES D'AUTEUIL**

Médecine, Chirurgie, Accouchements, Convalescence, Hydrothérapie, Chambre et Pension à partir de 12 francs par jour.

**61-63-65, Boulevard de Montmorency.** — Téléphone 696-52

**NI CONTAGIEUX, NI ALIÉNÉS**

Le personnel de l'Etablissement, composé d'internes, sages-femmes, infirmiers et infirmières diplômés des Hôpitaux, travaille sous les ordres de MM. les Médecins et Chirurgiens traitants, soit à la Maison de santé, soit, sur leur demande, au domicile même des malades.

# INCONTINENCE D'URINE

Rapports élogieux de Chefs de Cliniques à la disposition des Docteurs - **1 à 3 globules par jour**
Préparateur, A. BUROT, **GLOBULES ...ÉRA** Dépôt à Paris : Pharmacie centrale de France

# CACODYLINE JAMMES

**Cacodylate à haute dose sans aucune toxicité**




# MARTIGNY -VOSGES-

*Source Lithinée*

*"l'Eau des Urinaires"*

Demandez

# Notre Catalogue de Chirurgie dentaire

300 pages et 2.000 gravures

Remise gratuite et franco de port

# HENRI PICARD FRÈRE

***131, Boulevard Sébastopol, 131***

PARIS

**LE PLUS ACTIF**

# ULTRARGOL

**Argent colloïdal à grains ultra-fins**

***LABORATOIRES : 24, rue de Caumartin, PARIS***

# MONDORF-LES-BAINS

***(Grand-Duché de Luxembourg)***

*Eau chlorurée-sodique* fortement radio-active, prise en boisson, bains, douches, inhalations. — Hydrothérapie. — Electrisation. — Thérapie médico-mécanique. — Massage, etc...

*Eaux* souveraines contre les troubles chroniques de l'estomac et des intestins, notamment l'Entérocolite muco-membraneuse, la Congestion du Foie, le Diabète, la Goutte, le Rhumatisme, l'Anémie, la Nervosité.

*Innovation thérapeutique :* Inhalation des gaz radio-actifs de la source contre la Bronchite chronique, l'Emphysème, l'Asthme.

*Parc élégant de 25 hect. — Excellent orchestre. — Excursions charmantes.*

**TARIF DES BAINS et PRIX DE PENSION MODÉRÉS**

**Station de chemin de fer. — (Saison du 15 Mai au 1er Octobre).**

LE MEILLEUR DES SUCCÉDANÉS DE L'IODOFORME

# LE TRAUMATOL

***CICATRISANT, NON TOXIQUE, NON CAUSTIQUE***

Toutes Pharmacies

La forme de l'aréole érythémateuse est variable. Elle est à l'ordinaire assez régulièrement ronde; mais lorsqu'on l'examine avec attention, et, autant que cela est possible, par l'intermédiaire de la loupe, on constate souvent qu'elle est abordée par une série de pénicillations vasculaires comme si elle en représentait l'aboutissement. Au centre même de cette aréole, se trouve l'élément blanc dont nous avons parlé; lui seul a une forme très nettement circulaire : *ses dimensions ne dépassent guère deux à six dixièmes de millimètre;* on ne saurait mieux la comparer qu'au trou minuscule fait dans un papier ou dans une étoffe par la pointe d'une épingle. Nous appelons l'attention sur ces dimensions restreintes : car, d'une part, leur petitesse explique qu'elle puisse échapper à un œil non prévenu, en second lieu, parce qu'elle a donné lieu à une erreur importante. Beaucoup d'auteurs (1) ont traduit inexactement les dimensions indiquées par Slawyck et ont déduit que la tache blanche mesure de deux à six millimètres, alors qu'elle atteint rarement au maximum un millimètre. Sa couleur a donné lieu à des controverses : dans la réalité elle est d'un blanc-bleuâtre, sans que toutefois cette coloration soit absolument uniforme. Comme nous avons pu l'observer, sa coloration apparente dépend de l'âge de la papule qui, peu dense au début, devient ensuite opaque; et, peut-être à un égal degré, de la teinte rose, rouge ou même violacée, de l'aréole ou de la muqueuse environnantes.

La teinte jaune ou crême est plus rare; si elle existe, on devra faire des réserves,car dans ces conditions, il peut s'agir de formations épithéliales d'un autre ordre; nous y reviendrons ultérieurement. Pour représenter par une figure connue l'aspect de la papule centrale, on a invoqué de multiples comparaisons: semoule très fine, poussière de farine ou de son, éclaboussure de chaux, sucre en poudre.

Malgré leur ténuité, les grains centraux sont assez intimement unis à la muqueuse sous-jacente des frictions assez énergiques exécutées avec un tampon d'ouate hydrophile serré, avec l'abaisse-langue, avec le doigt, les laissent cependant intacts. Nous avons souvent noté l'existence de ce signe, malgré que, quelques instants auparavant, comme il est habituel de le faire dans les services hospitaliers, il ait été procédé à un nettoyage complet de la cavité buccale. Le caractère d'adhérence doit être pris en considération: il permet de différencier ces taches de certaines autres lésions, en particulier de partiques de lait dont la présence pourrait occasionner des méprises.

La réunion de plusieurs aréoles avec leur tache centrale constitue des ilots de forme le plus souvent circulaire, mais parfois irrégulière, ovale ou polyédrique. Leur direction n'a rien de précis; cependant, nous avons souvent noté que les ilots étaient allongés transversalement,affectant une disposition parallèle à celle des arcades dentaires. Il est à remarquer que, *si les aréoles peuvent confluer, jamais on n'observe de convalescence entre les points blancs : ceux-ci* conservent toujours et rigoureusement leur *individualité*, du commencement à la fin de leur existence.

Il importe de retenir que les taches de Koplik ne se montrent pas dans toute l'étendue de la muqueuse buccale, mais *seulement sur la muqueuse recouvrant la face interne des joues et des lèvres.* Cette localisation étroite est un caractère majeur. On la voit en effet exceptionnellement à la face inférieure de la langue; on ne l'observe jamais sur la face supérieure de la langue, sur le palais dur ou mou, sur les piliers vélo-palatins. Le revêtement jugo-labial peut donc être considéré comme son siège exclusif: et pratiquement c'est surtout à la face interne des joues qu'il faut rechercher les plaques; les lèvres, et surtout la supérieure en présentent beaucoup plus rarement. *En tout toujours exemptes* — nous le répétons parce que cela est d'un intérêt primordial — *les autres portions de la muqueuse buccale* de même que les muqueuses pituitaire et conjonctivale. Koplik a beaucoup insisté sur ces données dont nos constatations nous ont confirmé la valeur absolue.

Sur la muqueuse jugale, les « éléments Koplik » peuvent être généralisés; on voit alors sur le fond rose corail, rouge ou de couleur hortensia de la muqueuse, trancher une multitude de points blanc-bleuâtres, serrés les uns contre les autres et d'aspect pathognomonique. Mais ce n'est pas là une règle constante : et le plus souvent, les éléments sont localisés en des régions définies :

1° *Au voisinage du canal du Sténon*, qu'ils entourent plus ou moins complètement, en général dans une zône d'un demi-centimètre environ.

2° *Sur la portion de muqueuse placée en regard de la ou des dernières prémolaires ou molaires inférieures.* Cette localisation est très fréquente. Parfois les taches sont placées au fond du sillon vestibulaire, jugo-maxillaire : il faudra toujours une inspection soigneuse pour les découvrir.

3° *Dans le quadrilatère de muqueuse jugale qui, la bouche étant ouverte, comble l'intervalle des deux arcades dentaires;* ces dernières forment les bords supérieur et inférieur du quadrilatère, tandis que seus deux autres bords (antérieur et postérieur) sont formés par le commissure labiale et par la muqueuse interdentaire.

C'est ainsi que se répartit, en des sièges de prédilection l'élément Koplik : plusieurs fois nous avons pu, pendant tout ou partie de la période enanthémateuse, distinguer seulement deux ou trois taches blanchâtres, disposées en manière de minuscules grappes, avec leur aréole rouge. Et c'était tout; mais cela suffisait pour nous faire prédire une éruption morbilleuse qui ne manquait pas de se présenter dans les délais habituels.

Beaucoup moins fréquente est l'apparition du signe sur la muqueuse des lèvres; l'inférieure est plus souvent atteinte. Quand il existe sur la face interne des lèvres, on est sûr de le rencontrer sur la face muqueuse des joues, alors que l'inverse n'est pas vrai.

Nous ajouterons qu'on note fréquemment une remarquable symétrie dans les manifestations Toutefois cette règle n'est pas absolue. Quand l'éruption muqueuse est unilatérale, il n'y a pas prédilection manifeste pour tel ou tel côté.

Considérée indépendamment de toute autre manifestation d'exanthème, l'*évolution* de l'élément Koplik est la suivante : tout au début et pendant une phase assez courte, la muqueuse perd son poli normal, son aspect brillant. Puis se montrent et l'aréole rouge, et la tache blanche centrale. Si leur apparition est successive ou simultanée, c'est ce dont on ne peut exactement décider; au surplus, ce point est d'une importance secondaire. Ce qui est hors de doute, c'est que l'élément Koplik disparait en général très rapidement. Telles taches, très caractérisées un jour, n'existent plus le lendemain : d'autres au contraire, s'effacent beaucoup plus lentement.

Quand les taches sont nombreuses, elles persistent plusieurs jours. Mais il n'y a pas de parallélisme absolu entre l'intensité de l'élément et la rapidité de sa disparition. Souvent, la tache blanchâtre ne se retrouve plus; et à sa place, on note, au contraire, la présence de petites suffusions sanguines, de coloration ecchymotique qui persistent quelques jours encore. On peut être assuré qu'ils sont bien la continuation de l'élément Koplik, car le repérage est souvent facile, surtout s'il siège dans les lieux de prédilection signalés précédemment; mais le phénomène n'est pas constant.

II. — Il importe anssi de fixer la chronologie exacte du phénomène, par rapport à la marche générale de la rougeole, notamment en regard des deux périodes énanthémateuse et exanthémateuse. Or toutes les recherches conduites dans des conditions d'exactitude rigoureuses, sont concordantes sur ce point : le *signe de Koplik se montre* 1, 2, 3 *et même* 5 *jours avant l'énanthème, atteint son maximum le jour même où de petites macules cutanées apparaissent autour du nez et de la bouche; il diminue quand l'éruption morbileuse est à son maximum et disparaît du deuxième au cinquième jour du stade éruptif, avec une rapidité plus ou moins grande. Le plus souvent, il est constatable l'avant-veille de l'éruption.* On voit donc quelle valeur séméiologique considérable il prend pour le diagnostic précoce de la maladie. Nous reviendrons d'ailleurs, pour le développer sur ce point si important. On a même signalé sa présence avant l'apparition de toute manifestation d'énanthème, avant que la température ait déjà subi une ascension.

III. — Puisque dans certains cas, ce signe est réduit à son minimum, et que la constatation en est possible, seulement à un observateur déjà exercé, on conçoit qu'il soit nécessaire de prendre des précautions méticuleuses pour le rechercher.

Tout d'abord il faut que la bouche du malade soit bien éclairée et autant qu'il sera possible, user de la lumière du jour. Nous avons, personnellement, pu constater que l'éclairage électrique est souvent défectueux parce qu'on peut, en s'en servant, projeter des points brillants qui nuisent à l'examen: car ils altèrent la couleur de la muqueuse ambiante, et surtout ils masquent les papules blanches si caractéristiques.

Pour mettre mieux en évidence tous les détails de la muqueuse jugale, notamment pour vérifier en quel état se trouve le vestibule gingival, il faudra attirer la muqueuse, au dehors, soit au moyeu des doigts, soit par un abaisse-langue. On doit, toutefois, avoir soin de ne pas tendre trop fortement cette muqueuse, car cela peut entraîner la saillie des glandules salivaires; nous y reviendrons ultérieurement.

A la condition d'être bien fixé sur la morphologie des éléments, sur leur topographie, on les trouvera aisément. *Mais il faut les rechercher avec persévérance et minutie extrême* : car ils sont souvent d'aspect ténu, à localisation cachée et en nombre restreint.

Quelques examens attentifs de la muqueuse jugale suffisent pour s'en faire une représentation visuelle très exacte; on ne peut en méconnaitre la présence. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de considérer à un premier examen que la recherche de ce signe était négative; puis, y revenant avec plus d'attention, nous avons au contraire nettement affirmé son existence.

IV. — Il est difficile de préciser la structure intime de l'élément Koplik; car on ne peut guère songer à pratiquer une biopsie qui, seule, fournirait des renseignements.Les points blancs-bleuâtres sont formés de cellules épithéliales, pour la plupart desquamées et atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse, de débris divers, et de globules sanguins (rouges et blancs). La plupart des auteurs qui ont envisagé la question les représentent comme des papules.

V. — Malgré sa physionomie spéciale, l'élément Koplik peut être confondu avec des formations d'apparence similaire. Il convient donc que nous envisagions la possibilité d'un diagnostic différentiel.

*a*) Il nous faut tout d'abord signaler que certaines muqueuses normales chez l'enfant présentent de ci, de là, des taches pouvant prêter à

(1) Slawyck (*Deusche Medicinische Wochenschr* 28 avril 1898, p. 269) écrit que les taches, légèrement surélevées mesurent : 0,2 à 0,6 m/m; ce qui désigne deux à six dixièmes de millimètre. Mais il était facile de commettre une erreur qui s'est ensuite propagée et perpétuée.

des confusions. Ce sont de petits grains de forme circulaire, de dimensions égales à celles d'une épingle à petite tête de verre et de coloration rouge, ocre ou fauve. C'est à maintes reprises que nous avons noté, leur existence, dans les multiples examens que nous avons pratiqués chez les enfants. Le mécanisme de leur formation est assez obscur. Elles diffèrent par leur couleur jaunâtre des suffusions sanguines succédant aux taches de Koplik ; mais surtout on n'y remarque pas la petite tache centrale dont la signification est si importante.

Nous mentionnerons aussi ce détail anatomique : lorsqu'on attire la joue au dehors au moyen du doigt ou de l'abaisse-langue, *on peut faire saillir des groupes de glandules salivaires*, surtout abondantes à la partie postérieure de la muqueuse jugale, et dont chacune a des dimensions à peu près égales à celles des éléments Koplik. A un examen attentif, on ne saurait s'y tromper, car, d'une part leur aspect est translucide, d'autre part elles reposent sur une muqueuse normale, non hyperémique.

*b*) Plus difficile est la distinction avec le muguet, car celui-ci a dans certains cas une tendance à envahir toute la muqueuse jugale, en y produisant de petits points blanchâtres reposant sur une muqueuse hyperémiée. Mais il est rare que, dans ces conditions, il n'y ait pas également des plaques sur la muqueuse linguale. Les éléments ne sont pas entourés nettement d'une aréole rouge sur laquelle ils reposent, et leur teinte est franchement crémeuse ; l'état général est souvent précaire ; il n'y a pas d'hyperémie oculaire ou naso-pharyngée, ni de piqueté vélopalatin. Si le diagnostic clinique n'est pas suffisamment sûr, on pourra s'appuyer sur la recherche microscopique de l'oïdium albicans ; mais, le plus ordinairement cette recherche n'est pas nécessaire. car il est un signe séparatif important : c'est que le muguet s'enlève facilement, tandis que les papules blanches de l'élément Koplik sont fort résistantes.

*c*) Nous n'insisterions pas sur le diagnostic différentiel avec la stomatite érythémato-pultacée de M. Comby (1), si, après la description de Koplik, certains cliniciens n'avaient pris très souvent cette manifestation, d'ailleurs si fréquente dans la rougeole, pour les taches observées par l'auteur américain.

La stomatite de M. Comby est le plus souvent contemporaine de l'exanthème et par conséquent généralement moins précoce que les éléments Koplik, et on la retrouve dans nombre d'infections de l'enfance. Mais d'autres caractères bien nets la distinguent du signe que nous avons en vue.

Elle consiste dans un dépôt pultacé occupant parfois le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue, mais le plus souvent le sillon gingivo-labial et les gencives qu'elle recouvre quelquefois sous forme de festons : il ne s'agit pas là des points minuscules de Koplik qui, d'ailleurs, n'envahissent jamais les gencives. De plus, le doigt enlève facilement l'exsudat de cette stomatite, alors que la papule de Koplik résiste à des frictions, même énergiques.

Nous avons envisagé jusqu'ici le signe de Koplik en lui-même, avec ses caractères propres; nous désirons maintenant le considérer dans les relations qu'il peut ou qu'il doit présenter avec les autres signes classiques de la rougeole à la période énanthémateuse.

Il importe de se demander en effet s'il est bien utile d'enrichir par une nouvelle acquisition le domaine séméiologique d'une maladie si fréquente et dont les traits principaux ont été si profondément fouillés par tous les cliniciens. On se plaint parfois — et non sans raison — que la nosographie moderne est surchargée d'une trop copieuse accumulation de « signes », découverts par tel ou tel auteur, et dont la connaissance précise entraîne l'obligation de se référer à des lexiques spéciaux. Le « signe de Koplik » mérite-t-il cette critique ?

Plusieurs questions doivent être étudiées successivement :

1° *La constatation de ces éléments est-elle plus fréquente que celle des autres symptômes précurseurs ou satellites de la période énanthémateuse ?*

A cette question on peut répondre par l'affirmative.

Nous avons signalé précédemment qu'ils apparaissaient parfois avant la période fébrile; c'est là une exception. Mais en admettant même qu'ils soient exactement contemporains de cette dernière, il n'en reste pas moins qu'en dehors de tout autre signe, le mouvement fébrile du début de l'infection morbilleuse n'est nullement caractéristique, car il est impossible, dans ces conditions, de lui assigner une origine précise. Dans une rougeole à éruption ultérieurement très définie, l'hypérémie des muqueuses (oculaire, palpébrale, bucco-pharyngée) peut manquer ; les exemples en sont surabondants. Alors, qu'au contraire, le « signe de Koplik » est presque, sinon tout à fait constant. Sa fréquence est incomparablement plus grande que celle de la stomatite érythémato-pultacée de M. Comby; stomatite avec laquelle elle a été trop souvent confondue, alors que chacune doit conserver son individualité. Enfin, il est tout aussi constant que le piqueté vélopalatin. Ce dernier est souvent observé, et il possède une grande valeur séméiologique. Mais il peut être incomplet, mal défini, *et noté dans des affections banales (angine érythémateuse, grippe) ou dans des maladies éruptives* (rubéole, scarlatine), ainsi que l'ont établi les recherches citées par M. Bing (p. 120), de Hirsch, Koplik, Ross, Strzelbiski. Nous ajouterons qu'on lui a adressé un reproche, celui d'apparaître trop tardivement.

Il ne nous paraît pas utile de discuter longuement un parallélisme avec certains signes celui de Bolognini (froissement très fin, perceptible à l'abdomen), celui de Meunier (déperdition de poids pendant la période d'invasion), celui de Combe (modification leucocytaire à la période prémonitoire). Leur valeur exacte a été contestée.

Leur valeur exacte a été contestée.

2° *Le signe de Koplik peut-il se montrer en dehors de la rougeole ?*

Cette question a été envisagée avec détails dans la thèse de M. Bing.

On ne le rencontre pas à la période énanthémateuse de maladies telles que : rubéole, scarlatine, variole, varicelle. Nous avons nous-mêmes examiné quelques cas de varicelle et ne l'avons pas noté. On ne le remarque pas non plus dans les stomatites de causes diverses, et notamment dans la stomatite aphteuse. Au cours de cette dernière, les éléments s'ulcèrent tandis que les éléments Koplik suivent une évolution différente.

De l'avis unanime, il manque dans les affections banales de la bouche ou de la gorge qui s'accompagnent de rougeur des muqueuses : angine érythémateuse ou grippe.

3° Une dernière question à envisager est la suivante : *Le signe de Koplik est-il constant dans les cas de rougeole confirmée ?*

Pour ne point surcharger de trop nombreuses statistiques le présent exposé, nous dirons que sans être d'une constance absolue, ce signe est d'une très grande fréquence. Ce point mérite quelques explications.

Comme le mentionne M. Bing dans sa thèse, la proportion des cas de rougeole dans lesquels on le constate varie suivant l'époque à laquelle ce signe est recherché. Dans ces conditions, les pourcentages sont forts différents les uns des autres; ceux de Perkel, Sippel, Slawyck, Strzelbicki, cités par M. Bing sont très instructifs ; *quand on peut observer les enfants au début même de l'invasion morbilleuse, on le trouve dans une proportion de 100 0/0 ; quand au contraire l'exanthème est manifeste, ce chiffre tombe à 65 0/0.*

A l'appui de ces constatations, nous pouvons apporter une certaine contribution. Nous avons en effet cherché ce signe dans des conditions très favorables. Du mois de mars 1910 à mi-juillet de cette même année, nous eûmes la faculté d'observer le développement régulier d'une série de cas de rougeole dans le service de l'hôpital Saint-Pothin. Ce service reçoit les enfants de 0 à 15 ans dont les parents sont hospitalisés pour cause de maladies ; l'organisation intérieure ne permettant pas un isolement efficace, l'épidémie s'est continuée pendant un temps fort long. D'autre part, les services où l'on reçoit d'ordinaire les cas de rougeole à la Charité étant encombrés, nous avons été dans la nécessité de les soigner dans une salle spéciale. Ces doubles conditions nous ont permis de suivre avec détails les symptômes de la période d'invasion, puis d'éruption. C'est ainsi que sur un total de 426 enfants ayant fréquenté le service du 15 mars au 15 juillet, nous avons vu apparaître 54 rougeoles. Or, sur cette proportion de 54 cas, nous avons vu seulement 6 fois le signe manquer, ce qui donne 89 0/0 de constatations positives. Et encore, nous ne saurions admettre que dans 11 0/0 des cas le signe manquait : car en reprenant d'un point de vue critique le détail de chacune des observations, nous avons noté que, pour des raisons diverses, les petits malades n'avaient pas été examinés jour par jour. Trois fois il a manqué chez des nourrissons ; or, quelques médecins, notamment Belme, ont montré que, dans les deux premières années de la vie, il pouvait faire défaut. Nous croyons donc que ce chiffre de 89 0/0 doit être considéré comme un minimum.

Une seule fois nous avons admis, non sans quelque hésitation, l'existence du signe de Koplik « minimum » chez une enfant de 11 mois qui présenta un état général grave, et deux jours après succomba avec tous les signes d'une broncho-pneumonie sans que l'exanthème se fût nettement prononcé. Sur la peau du corps apparurent des macules, dont quelques-unes étaient rouges tandis que la plupart étaient violacées. S'agissait-il d'une rougeole à type septicémique ou à déterminations broncho-pneumoniques d'emblée ? Nous ne saurions le dire et — en toute impartialité — il nous est impossible de faire état de ce cas dans un sens négatif ou positif.

Pour conclure dans un sens qui ne comporte pas un absolutisme complet, nous dirons *qu'à la période d'invasion de la rougeole, le signe Koplik possède une valeur séméiologique considérable ; sa présence devra faire conclure à l'infection morbilleuse, son absence, d'ailleurs rare, ne permet pas de rejeter ce diagnostic.*

Un dernier point doit être envisagé : sa constatation conduit-elle à prendre des mesures efficaces de prophylaxie ? Si, grâce à lui, on peut précocement décider de toute urgence un isolement, ce dernier arrêtera-t-il la diffusion de l'épidémie ? Dans l'affirmative, on entrevoit aisément quelle importance il posséderait lorsqu'il s'agit d'une collectivité ou d'une agglomération.

Des recherches précises ont été faites dans ce sens ; elles ont établi, de façon indiscutable que, si le signe est observé très précocement, on peut espérer que l'épidémie pourra être évitée. Au contraire, si la fièvre et l'énanthème des muqueuses sont antérieurs à lui, les mesures, même immédiates, d'isolement seront illusoires ; ce fait ne saurait signifier d'ailleurs qu'elles ne doivent pas être décidées.

1) COMBY. La stomatite érythémato-pultacée de la rougeole. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 novembre 1905.

---

**La Gazette hebdomadaire.**

La *Gazette* redevient hebdomadaire à partir du 1er Janvier 1911. L'abonnement sera désormais de 10 fr. pour la France et de 15 fr. pour l'union postale.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la lithiase phosphatique**, par le professeur A. Robin (Hôp. Beaujon, (*Conc. Médical*).

Je vous parlerai aujourd'hui du traitement de la lithiase phosphatique. Disons-le tout d'abord, le terme de lithiase phosphatique est défectueux, au sens pathogénique du mot, du moins. Il fait penser, en effet, que les malades atteints de cette affection sont phosphaturiques ; or, il n'en est rien, et il s'agit, en réalité, de faux phosphaturiques.

Comment se présente, cliniquement, la lithiase phosphatique ?

Vous serez consultés assez souvent — et pour ma part, je l'ai été peut-être 200 ou 300 fois dans ces conditions — par des malades qui viendront se plaindre d'une affection singulière. Quand ils urinent, après les repas principalement, leur urine est trouble, offrant l'apparence du lait. A la fin de la miction, même, ils émettent une sorte de coulée laiteuse. Une telle urine fermente avec grande facilité. Elle devient complètement tronble au bout de peu d'instants et l'on trouve au fond du vase un sédiment blanc adhérent. Après quelques heures, l'urine forme trois couches dans le récipient qui la contient : une couche profonde qui est le dépôt blanc dont je viens de parler, une couche moyenne, nuageuse, et une couche supérieure qui ressemble à nne pellicule irisée d'apparence graisseuse.

Bon nombre de ces sujets éprouvent, au moment des mictions, de la douleur, des chatouillements, de la cuisson. D'autres ont des douleurs des reins, avec irradiations du côté de la cuisse et de la jambe. D'autres ont aussi des symptômes généraux que l'on peut diviser en 4 groupes. Ce sont :

1° Des symptômes nerveux. Ils comprennent toute la gamme des phénomènes nerveux depuis le simple nervosisme jusqu'à la neurasthénie, en passant par les vertiges ;

2° Des symptômes cardiaques, intermittences, palpitation, accès de dyspnée après les repas ;

3° Des symptômes cutanés, sensation de réfrigération, sueurs quelquefois abondantes ;

4° Des symptômes d'anémie, lassitude, impotence fonctionnelle, teint pâle, parfois avec souffles dans les vaisseaux.

A côté de cette catégorie générale de malades, vous en trouverez une autre moins fréquente.

Le syndrome urinaire y est plus marqué. Ces derniers patients émettent des coulées laiteuses ou de véritables calculs blancs, formés de phosphate tri ou bi-basique de chaux, associé ou non au phosphate de magnésie, plus rarement au sulfate de chaux. Les calculs en question sont quelquefois gros comme un pois et, au moment de leur expulsion, déterminent des douleurs de colique uréthrale. Avant d'uriner, le malade ne sent rien ; dès que le jet part, la douleur éclate avec des irradiations au voisinage.

Dans cette deuxième forme, les caractères de l'urine changent. Tandis que, dans la première, l'urine du matin est habituellement claire, dans la deuxième, elle est toujours trouble. Les symptômes associés ont également là plus d'importance.

Que deviennent ces malades? Souvent ils vont consulter des spécialistes des voies urinaires, ou encore ils se croient atteints d'affection du cœur, du système nerveux, etc. Demandez-leur comment fonctionne leur tube digestif, et ils répondront qu'ils digèrent bien. Poussez l'interrogatoire plus loin et vous apprendrez que vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, ils éprouvent des malaises. La nuit, ils ont des cauchemars, une sensation de chaleur, surtout vers minuit, une heure du matin ; une série de phénomènes, en un mot, qui rappellent les crises gastriques des hypersthéniques. Et effectivement, tous ces sujets sont des hypersthéniques gastriques. Je n'en ai pas vu un seul qui ne fût un hyperchlorhydrique.

Le chimisme stomacal, chez eux, présente un syndrome spécial, assez différent de celui des hypersthéniques ordinaires. Il est caractérisé par une hyperchlorhydrie intense, l'absence ou la rareté des fermentations, une bonne peptonisation et enfin une digestion nulle des féculents qui explique l'amaigrissement.

Si vous avez examiné la nutrition générale, vous constatez deux choses. En premier lieu, l'absence de phosphaturie. En dosant l'acide phosphorique total éliminé, j'ai vu qu'il s'élevait à une moyenne de 2.217, alors qu'il atteint 2.6 à l'état normal. Vous pourrez m'objecter qu'il s'agit peut-être de phosphaturie relative. Le rapport de l'acide phosphorique à l'azote dans l'urine est de 18 0/0. Ici, au lieu de 18 0/0, il atteint seulement 15 0/0. Par conséquent, il n'y a ni phosphaturie absolue, ni phosphaturie relative. Mais, chez ces malades, la quantité d'acide phosphorique combinée aux alcalino-terreux est considérable. Alors que, normalement, sur 100 parties d'acide phosphorique de l'urine, 25 0/0 sont combinées aux alcalino-terreux, dans cette affection, le chiffre s'élève à 50 0/0. Si l'on dose la chaux, la magnésie, on les trouve en proportion double ou triple de la quantité habituelle.

Il existe donc, en définitive, une élimination exagérée des phosphates terreux sans augmentation de l'élimination phosphorique. Ce n'est là que l'exagération d'un fait constant dans l'hypersthénie gastrique.

Il ne reste qu'une difficulté à résoudre. Pourquoi ces phosphates se précipitent-ils ? A cause de l'intense sécrétion chlorhydrique de l'estomac. La sécrétion gastrique de l'acide chlorhydrique se fait aux dépens du chlorure de sodium qui se dédouble en HCl et soude. L'acide reste dans l'estomac, la soude pénètre dans le sung et de là, dans l'urine, qui devient alcaline. Or, dans une urine alcaline, les phosphates terreux se précipitent. Telle est la genèse de cette affection. Partie de l'hyperchlorhydrie, elle aboutit à la lithiase phosphatique.

Cette pathogénie conduit à un traitement absolu, mathématique, qui réussit toujours. Voici ce traitement. Il comprend 3 indications : traiter la maladie, traiter les crises, traiter les complications. Vous pourrez, en effet, observer des complications, des cystites, des pyélites dues à l'action irritante des phosphates qui se précipitent à l'alcalinité de l'urine. Le spécialiste des voies urinaires, consulté en pareil cas, agit sur la pyélite, et fait seulement une médication palliative, alors que vous, médecin, pourrez faire un traitement curatif.

Le traitement de la lithiase phosphatique, c'est le traitement de la dyspepsie. On visera la diminution de l'hyperchlorhydrie. Vous mettrez le malade pendant 15 jours au régime lacté, puis vous prescrirez le régime mixte des hypersthéniques et la médication de l'hyperchlorhydrie. Toutefois, il convient de modifier cette médication. Au lieu de saturer comme d'habitude l'acidité, on tendra à l'inhiber. On donne, d'abord de la belladone ou de l'atropine. La belladone est plus facile à manier. On prescrira dix gouttes de teinture de belladone, avant chaque repas, pour diminuer les actes sécrétoires. Les alcalins excitent la sécrétion chlorhydrique, alors que les acides l'amoindrissent. Vous emploierez, en conséquence, la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Acide sulfurique chimiquement pur........... | 2 gr. 80 |
| Acide azotique chimiquement pur........... | 0 gr. 80 |
| Alcool à 90°........... | 18 grammes |

Mélanger avec :

| | |
|---|---|
| Sirop de limon........... | 100 grammes |
| Ean de fontaine........... | 150 — |

Une cuillerée à soupe dix minntes après les repas, puis une deuxième, à la rigueur une troisième ensuite, à un quart d'heure d'intervalle.

Détail intéressant : dans cette préparation, plus le mélange acide sulfurique, acide azotique et alcool est ancien, meilleur il est.

Si les malades ne supportent par les acides en question, s'adresser à l'acide phosphorique :

| | |
|---|---|
| Phosphate tribasique de soude........... | 12 gr. 50 |
| Acide phosphorique pnr... | 6 — 50 |
| Eau........... | 100 grammes |

Une cuillerée à café, diluée dans un peu d'eau, au moment de se mettre à table. Prendre, en ce cas, la teinture de belladone dix minutes avant.

Nous arrivons à une autre période, qui demande un autre traitement. A ce moment, on change l'alimentation. Loin d'augmenter le régime végétal, on le diminne. On augmente le régime animal en donnant les œufs, les poissons, pour lutter contre l'alcalinité de l'urine. S'il y a des crises douloureuses gastriques, on peut prescrire alors des poudres de saturation. Vous restreindrez donc du régime les aliments végétaux. Vous diminuerez les pommes de terre (dont les cendres sont alcalines) et vous augmenterez le pain (dont les cendres sont acides). Vous conseillerez le beurre frais qui exerce une action d'épargne sur l'acide phosphorique, les bouillons, les aliments phosphorés (cervelles, ris de veau, navets, artichauts, céleri, endives).

Dans une étape ultérieure, vous combattrez ce qui reste des symptômes nerveux, en employant les modérateurs du système nerveux, les arsenicaux à petites doses, soit les granules de Dioscoride, une au déjeuner et au dîner, soit l'arséniate de soude (0 gr. 05 pour 300 grammes d'eau, une cuillerée à dessert au déjeuner et au dîner), soit les arsenicaux organiques, l'arrhénal à dose faible (0 gr. 02).

Plus tard, si la nutrition générale laisse à désirer, si le système nerveux ne s'améliore pas, vous remplacez l'arrhénal par le glycérophosphate de soude. Et puis, si, après cela, le malade garde un teint pâle, de l'anémie, c'est le moment de recourir aux ferrugineux, à l'eau ferrée, au citrate de fer associé à la noix vomique, et à un peu d'opium pour empêcher l'irritation du sel de fer.

Vous formulerez :

| | |
|---|---|
| Citrate de fer........... | 0 gr. 10 |
| Extrait de noix vomique...... | 0 — 01 |
| Poudre d'opium........... | 0 — 02 |
| Poudre de rhubarbe........... | 0 — 05 |
| Extrait de gentiane........... | q. s. |

Pour une pilule. Une à déjeuner et une à dîner.

Tous ces traitements devront être corroborés par une hydrothérapie appropriée (douches écossaises) ou par une cure hydro-minérale. Deux stations thermales sont presque spécifiques : Contrexéville et Martigny. Au bout de peu de temps, vous voyez les urines s'acidifier et s'éclaircir. Il est exceptionnel qu'après une cure bien conduite, vous n'ayez pas obtenu une guérison ou une grande amélioration. Si la vessie est irritée, Vittel est préférable. Si le sujet est très déprimé, on choisira Royat ou Saint-Nectaire, quelquefois Brides, si l'on constate une augmentation de volume du foie. Lorsqu'il y a dépression générale, état d'asthénie, les eaux chlorurées sodiques, Biarritz, Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, sont indiquées.

Un mot sur le traitement de la crise. Au moment de la crise, faites prendre soit 2 ou 3 tasses d'infusion de feuilles de mûrier ou de reine des prés, soit 2 ou 3 verres d'eau d'Evian, pour obtenir une quantité d'urine qui entraîne les détritus ou les masses pâteuses contenues dans la vessie. Les douleurs sont-elles vives, pres-

crivez un suppositoire avec 1 gr. d'antipyrine, 0 gr. 10 d'opium brut et 0 gr. 01 d'extrait de belladone, pour 3 gr. de beurre de cacao. Quelquefois, la crise détermine une sorte de spasme du col de la vessie, du ténesme vésical. Vous le combattrez avec 2 grammes de bromure dissous dans une tasse de tilleul.

Reste le traitement des complications. Bien entendu, il est des cas où l'intervention du spécialiste est nécessaire pour enlever les masses vésicales et uréthrales. Les modificateurs habituels de l'urine, l'urotropine, l'huile de Harlem, le benzoate de soude, ne réussissent pas dans la majorité des cas. En revanche, j'ai retiré de grands avantages des bains de vapeur térébenthinés. Ils donnent quelquefois des érythèmes que l'on évitera en faisant passer de la vapeur d'eau sur le malade avant le bain térébenthiné. La térébenthine ainsi absorbée s'élimine par les urines et donne des résultats très favorables.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Note sur l'existence et sur la survivance de microorganismes à la surface des pâtés,** par M. Madrel.

1° Des micro-organismes divers peuvent exister à la surface des pâtés les plus frais et vendus dans les charcuteries les mieux tenues.

2° Ces micro-organismes, sur ces pâtés, y conservent leur reproductivité.

3° L'existence de ces micro-organismes doit être fréquente puisque l'auteur les a toujours trouvés sur les onze pâtés d'origines différentes qu'il a examinés.

4° Une des formes les plus fréquentes de ces micro-organismes a été un diplocoque.

5° Ces micro-organismes pourraient ne pas être inoffensifs, puisque, injectés par la voie veineuse à des lapins, ils ont fait baisser leur poids pendant quelques jours et que la même quantité d'eau injectée par la même voie est restée sans résultats.

(*Soc. de Biol.*)

**La réaction de la stercobiline,** par MM. Triboulet, Ribadeau-Dumas, Harvier.

Ainsi que la clinique le faisait prévoir, la physiologie comparée prouve, chez le chien, que la réduction de la bilirubine en stercobiline se fait au niveau des amas lymphoïdes de l'intestin dans la région *iléo-cæcale*. Cette localisation précisée par l'expérimentation donne à la réaction de la stercobiline une valeur facile à comprendre, tant en physiologie, qu'en pathologie digestive. Il est possible d'en entrevoir la portée en pathologie générale.

(*Soc. de Biol.*)

**De l'influence de l'addition de petites quantités d'acides sur le phénomène de la rétraction du caillot,** par MM. L. Lesourd et Ph. Pagniez.

La rétraction du caillot sanguin est fonction des plaquettes sanguines. Ils attirent aujourd'hui l'attention sur le fait suivant :

Le plasma oxalaté contenant ses plaquettes abandonné à lui-même pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, coagule par addition de $CaCl^2$, mais ne rétracte plus. Si à un semblable plasma on ajoute, avant de recalcifier, une très faible quantité d'acide chlorhydrique, sulfurique ou acétique, la rétractilité reparaît. On peut de même réactiver en quelque sorte les plaquettes d'un plasma vieilli artificiellement par chauffage à 45-46 degrés.

L'adjonction d'acide dans les mêmes conditions à un plasma frais, augmente le phénomène de la rétraction et en accélère la production.

(*Soc. de Biol.*)

## CARNET DU PRATICIEN

### Anévrisme de l'aorte

1° Régime lacto-végétarien.

2° Garder le repos.

3° *a*) Si le malade est *syphilitique* :

Donner deux cuillerées par jour, avant les repas (pendant quinze jours, puis faire un repos de huit jours, recommencer quinze nouveaux jours, pour cesser définitivement s'il n'y a pas d'amélioration), du sirop :

| | |
|---|---|
| Biiodure d'hydrargyre | 0 gr. 20 |
| Eau distillée | 20 grammes |
| Iodure de potassium | 20 — |
| Sirop de pensées sauvages | 160 — |
| Sirop simple | 200 — |

Chaque cuillerée à soupe contient 1 centigramme de biiodure et 1 gramme d'iodure de potassium.

*b*) Si le malade *n'est pas syphilitique*, donner deux cuillerées par jour de la solution ci-dessous, une avant chaque repas. Continuer longtemps jusqu'à manifestation de signes d'intolérance ; cesser alors, mais recommencer plus tard :

| | |
|---|---|
| Extrait thébaïque | 0 gr. 40 |
| Hydrate de chloral | 4 grammes |
| Iodure de potassium | 10 — |
| Eau distillée | 300 — |

4° Injecter toutes les semaines, dans le tissu sous-cutané profond de la fesse, en prenant toutes les précautions aseptiques requises, d'abord 40, puis 60, puis 80 c.c. (en augmentant par semaine de 20 jusqu'à 100 c.c., qu'on fera bien de ne pas dépasser), de la solution :

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium | 1 gr. 40 |
| Gélatine | 2 grammes |
| Eau stérilisée | 200 — |

Pour une solution à stériliser à 120°

5° Contre la dyspnée, pratiquer une petite saignée de 150 grammes, mais ne pas renouveler ;

Ou encore, prendre, trois à quatre fois par jour, sur un petit morceau de sucre ou dans de l'eau, dix gouttes de solution d'oxycamphre à 50 0/0.

6° Pour faire baisser la tension artérielle, qui peut se trouver augmentée, donner dans la journée deux, trois, quatre et jusqu'à dix gouttes par jour de solution de trinitrine au centième, dans une cuillerée à soupe d'eau.

Les inhalations de nitrite d'amyle peuvent, dans ces cas, être aussi utilisées avec succès ; briser une ampoule de nitrate d'amyle dans un mouchoir qu'on secoue à peu de distance du visage du malade.

7° En cas d'hémoptysies, faire prendre toutes les deux heures, voire même toutes les heures, une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Chlorure de calcium | 4 grammes |
| Sirop d'opium | 30 — |
| Eau distillée de tilleul | 120 — |
| F. s. a. une potion. | |

8° Contre la toux, faire prendre en vingt-quatre heures, deux, trois et quatre pilules :

| | |
|---|---|
| Extrait de datura | 0 gr. 005 |
| — thébaïque | 0 gr. 02 |

Pour une pilule.

A. Robin.

### Alopécies

A. *Lotion d'entretien dans un cas d'alopécie séborrhéique* :

| | |
|---|---|
| Formol du commerce | 1 gramme |
| Teinture éthérée de Cantharides | 5 grammes |
| Teinture de noix vomique | 5 — |
| Teinture de capsicum annuum | 10 — |
| Teinture de jaborandi | 20 — |
| Alcoolat de lavande | 30 — |
| Alcoolat de romarin | 30 — |
| Alcoolat de fioravanti | 100 — |

Lotion pour frictions du cuir chevelu tous les soirs.

B. *Lotion pour cheveux secs* :

| | |
|---|---|
| Borate de soude | 2 grammes |
| Extrait fluide de Guaco | 3 — |
| Teinture de cantharides | 10 — |
| Teinture de romarin | 10 — |
| Teinture de jaborandi | 20 — |
| Vaseline | 30 — |
| Rhum | 50 — |
| Alcoolat de Fioravanti | 50 — |
| Essence de geranium | XXX gouttes |

Lotion pour frictions le soir.

C. *Lotion pour cuir chevelu gras* :

| | |
|---|---|
| Formol à 40 0/0 | 0.50 centigram. |
| Coaltar saponiné | 20 grammes |
| Teinture de jaborandi | 20 — |
| Ether officinal | 30 — |
| Alcool à 90° | 100 — |

Lotion pour frictions le soir.

D. *Traitement des pellicules* (Pytiriasis alba capitis).

Faire dissoudre dans un demi-verre d'eau tiède gros comme une noix de carbonate de soude de commerce et laver le cuir chevelu tous les matins avec une éponge imbibée de cette solution. Sécher les cheveux et frictionner la tête avec la main pleine de la mixture suivante :

| | |
|---|---|
| Teinture de quillaya saponaria | 100 grammes |
| Teinture de jaborandi | 100 — |
| Essence de néroli | Q. S. pour parfum |

Laisser sécher après la friction sans essuyer.

Après avoir dégraissé les cheveux par le lavage à la solution de carbonate de soude, on peut leur donner leur brillant et leur souplesse, avec une brillantine dont voici une formule simple :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de pilocarpine | 0.50 centigram. |
| Huile de vaseline | 100 — |

Dr Bizard.

## Indications des Stations hydrominérales et climatiques

*En* romain. — *Stations hydrominérales possédant un établissement et des hôtels et vendant de l'eau en bouteille.*

*En* romain souligné d'un trait. — *Stations hydro ayant établissement et hôtels, mais n'expédiant* pas *d'eau.*

*En «italique». — Stations vendant de l'eau minérale ne possédant ni hôtels ni établissement hydrominéral.*

**Albuminuries.** — Saint-Nectaire.
**Anémie.** — Cauterets, Lamalou, Spa.
**Arthritisme.** — Contrexéville, Cauterets, Martigny, Mont-Dore.
**Artério-sclérose.** — Plombières, Brides.
**Asthme.** — Mont-Dore, Cauterets, Yverdon.
**Bronchites.** — Cauterets.
**Bronchites chroniques.** — Cauterets, Mont-Dore, Yverdon.
**Coliques hépatiques.** — Contrexéville, Martigny.
**Constipation.** — Cauterets, Châtel-Guyon.
**Coryza chronique.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Dermatoses.** — Martigny, Saint-Christau, Yverdon.
**Diabètes.** — Contrexéville, La Bourboule, Martigny, Vichy.
**Dyspepsies.** — Plombières, Cauterets, Yverdon.
**Emphysème.** — Mont-Dore.
**Enterites.** — Châtel-Guyon, Brides, Cauterets, Plombières, Yverdon.
**Estomac.** — Vichy, Plombières, Yverdon.
**Foie.** — Contrexéville, Martigny, Brides.
**Gorge.** — Mont-Dore, Luchon, Cauterets, Yverdon.
**Goutte.** — Contrexéville, Martigny, Aix-les-Bains.
**Gravelle urique.** — Contrexéville, Châtel-Guyon, Martigny, Vichy.
**Laryngites.** — Cauterets.
**Leucoplasie.** — Saint-Christau.
**Lymphatisme.** — Salins-Moutiers.
**Métrites.** — Plombières, Yverdon, Salins-Moutiers.
**Névralgies.** — Plombières, Yverdon.
**Nez.** — Mont-Dore, Cauterets.
**Obésité.** — Brides-les-Bains.
**Reins (Lavage).** — Contrexéville, Martigny.
**Rhumatismes.** — Aix-les-Bains, Plombières, Cauterets. Dax, Yverdon.
**Rhume des Foins.** — Mont-Dore.
**Sciatique.** — Aix-les-Bains.
**Syphilis.** — Cauterets, Aix-les-Bains.



*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 17,500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

CHEMIN DE FER DU NORD

## QUATRE JOURS EN ANGLETERRE, du Vendredi au Mardi

La Compagnie du chemin de fer du Nord délivre les vendredis, samedis ou dimanches, à la gare de Paris-Nord et dans les Bureaux de Ville, des billets d'aller et retour de

PARIS A LONDRES
aux prix très réduits ci-après :
(non compris le droit de quittance de 0 fr. 10)
1re Cl. : **72 fr. 85** — 2e Cl. : **46 fr. 85**
3e Cl. : **37 fr. 50**

Ces billets seront valables, pour les voyageurs de 1re, 2e et 3e classes, par les trains ci-après :

1° Via *Folkestone-Boulogne* :
Londres, dép. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.
2° Via *Douvres-Calais* :
Londres, dép. 9h » soir. | Paris-Nord, arr. 5h50 mat.
Le mardi : Via *Folkestone-Boulogne* seulement :
Londres, dép. 10h » mat. | Paris-Nord, arr. 5h20 soir.

Ces billets donnent droit au transport gratuit de 25 kilog. de bagages sur tout le parcours.

A l'aller, le vendredi, samedi ou dimanche seulement.

1° Via *Boulogne-Folkestone* :
Paris-Nord, dép. 8h25 m. | Londres, arr.. 3h25 soir.
2° Via *Calais-Douvres* :
Paris-Nord, dép. 9h15 soir | Londres, arr.. 5h43 matin

Au retour, le samedi, dimanche et lundi.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

## VOYAGES DANS LES PYRENEES

TARIF **G. V. n° 105** (ORLÉANS)

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des Billets d'excursions comportant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le Centre de la France et les Stations balnéaires des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

1er ITINERAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Puyôo-Bayonne Dax, ou Puyôo-Dax, Bordeaux, Paris.

2e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 163 fr. 50; 2e cl. 122 fr. 50. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

3e ITINÉRAIRE. — Prix des billets : 1re cl. 164 fr. 50; 2e cl. 123 francs. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne-Puyôo-Pau ou Puyôo-Pau, Laruns-Eaux-Bonnes, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse (1), Paris (viâ Montauban-Cahors-Limoges ou viâ Figeac-Limoges).

Durée de validité : 30 jours (non compris le jour du départ) avec faculté de prolongation.

Les billets du parcours additionnel ci-dessus peuvent être demandés, soit au commencement du voyage, en même temps que le billet circulaire, soit à Toulouse-Matabiau, au moment du passage dans cette gare.

Ces billets additionnels n'augmentent pas la durée de validité du billet circulaire auquel ils viennent se souder.

*VILLES DE SAISON*

## CE QUI SE PASSE

Le commerce des eaux minérales en Allemagne.

L'annuaire de statistique pour 1909 donne au chapitre « Commerce extérieur » les renseignements suivants :

Les importations d'eaux minérales sont tombées de 4.146.000 mark en 1908 à 3.745.000 mark en 1909. L'Autriche est la grande importatrice en Allemagne, son chiffre d'importation est tombé de 3.372.000 mark en 1908 à 3.282.000 mark en 1909.

Les exportations sont descendues de 10.205.000 en 1908 à 8.185.000 en 1909. Les exportations ont donc diminué de 2.020.000 mark, soit de 20 0/0 environ, sur l'exercice précédent.

Il y a diminution en ce qui concerne les exportations en Hollande, 1.877.000 mark en 1908, 1.864.000 mark en 1909. Etats-Unis d'Amérique, 952.000 mark en 1908, 510.000 mark en 1909.

Il y a augmentation en ce qui concerne les exportations en Belgique, 215.000 mark contre 1.432.000 mark en 1908; Russie, 1.450.000 mark contre 740.000 mark en 1908.

En somme, les clients principaux de l'Allemagne sont, par ordre d'importance : la Hollande, la Belgique, le Royaume-Uni, l'Autriche-Hongrie, la Russie, les Etats-Unis d'Amérique, la Suisse.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Les Eunuques d'aujourd'hui et ceux de jadis**, par le Dr Démétrius A. Zambaco-Pacha, correspondant de l'Institut de France, membre associé national de l'Académie de médecine, etc. — Masson, éditeur.

Les matériaux essentiels de ce travail ont été recueillis de longue haleine, car cette étude n'est pas qu'une œuvre de compilation. L'auteur a fouillé dans les livres des divers peuples qui se servirent d'eunuques et a pu ainsi nous donner une étude de l'eunuchisme aussi complete au point de vue historique qu'au point de vue médical. Cet ouvrage, écrit par quelqu'un qui a vu, est en même temps un terrible réquisitoire sur l'histoire de cette mutilation en Turquie et un généreux appel au nouveau parlement de la Jeune Turquie pour demander l'abolition de cette pratique cruelle et inhumaine.

**Traitement médico-chirurgical de la tuberculose du rein.** (*Consultations médicales françaises*), par les docteurs J. Castaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et A. Lavenant, assistant du service des maladies des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière. — A. Poinat, éditeur.

**Une Œuvre de régénération sociale et de salut national**, par Lambert (Paris, André). Excellente brochure de propagande antialcoolique.

**Obtention des Petits Clichés**, par J. Carteron, Paris. — Charles Mendel, éditeur.

L'auteur définit lui-même l'objet de cet opuscule en disant que l'art de prendre un petit cliché, c'est l'art de n'opérer que dans un but déterminé, en s'entourant de tous les éléments de succès que comporte l'opération.

**Effets d'Eclairage dans le Portrait**, par Essenhigh-Corke. — Charles Mendel, éditeur.

Cette brochure renferme un choix des articles donnés à *Photo-Revue* par M. Essenhigh-Corke sur le portrait. L'auteur y expose clairement et d'une façon complète les moyens personnels, et inédits jusqu'ici, qu'il emploie pour obtenir dans le portrait des « effets » originaux, et introduire une heureuse variété dans les productions coutumières de la chambre noire.

**Traité élémentaire de physiopathologie clinique**, par le Dr Grasset, de Montpellier. Tome II. Fonctions de défense contre la maladie. Antixénisme. (Montpellier, Coulet, éditeur).

Cet ouvrage continue le cours de pathologie générale fait par l'éminent professeur en sa chaire de Montpellier. Il sera complet en 3 volumes. Cet ouvrage volumineux (un millier de pages) est très documenté et comprend toutes les théories modernes relatives aux fonctions de défense contre la maladie.

**Le Milieu Médical et la Question Médico-Sociale**, par le Dr Grasset. — Librairie Grasset, Montpellier.

Dans les « Etudes contemporaines » devait figurer l'étude du « Milieu medical » qui a tant fait parler de lui dans ces derniers temps. La « Querelle de l'Agrégation » avec ses scènes de pugilat et la lutte des « praticiens » contre les « mandarins » ne sont que la bruyante expression d'un état d'âme, que M. Grasset analyse avec impartialité, dont il montre les origines multiples et qu'il rattache finalement à une maladie communément répandue dans la Société contemporaine : *psychonévrose grégaire* caractérisée par la *phobie de l'inégalité (anisophobie)* et l'idée de persécution par tout ce qui a l'apparence d'une supériorité.

L'auteur croit que le remède, pour la Société tout entière, est le retour à la doctrine de l'égalité des droits devant la loi avec l'inégalité des positions sociales, doctrine qui est basée sur la loi biologique de l'inégalité naturelle de tous.

**Electricité médicale**, par J.-L. Breton et le Dr Jacques Vaillant. — L. Geisler, éditeur, 1, rue de Médicis, Paris.

Ce petit livre qui constitue un nouveau fascicule de l'*Encyclopédie électrotechnique*, publiée par L. Geisler, n'a pas les prétentions d'un traité détaillé. L'un des auteurs décrit les appareils utilisés en électrothérapie, l'autre donne, sur un plan original, un aperçu pratique, clinique, résumé mais aussi complet que le permettait le cadre de l'ouvrage, les diverses applications de l'électricité à la thérapeutique.

Le public scientifique, comme celui plus étendu auquel ce livre s'adresse également, y trouvera, précisées, les indications de la médication électrique aux différentes affections où elle est indiquée.

**Le Livre du foyer**, par Mme Moll-Weiss. — A. Colin.

On sait l'ardente propagandiste qu'est Mme Moll-Weiss pour tout ce qui concerne l'enseignement ménager. Ce livre est donc parfait et reflète les cours si suivis qu'elle professe.

On ne peut qu'approuver son œuvre et recommander son dernier volume.

81e Année (Série XIIIe) — N° Hors Série Le Numéro : 25 Centimes Décembre 1910

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Journal bi-mensuel fondé en 1830

Abonnements et Vente au Numéro
Librairie Médicale J. ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne
PARIS

ABONNEMENTS :
Paris et Départements 5 fr.
Union postale......... 7 fr.
Edition Espagnole..... 10 fr.
Edition Portugaise.... 10 fr.
Les Abonnements partent du 1er Janvier



DIRECTION & RÉDACTION
11 bis, Rue Villebois-Mareuil, PARIS
DIRECTEUR :
Dr LUCIEN GRAUX
Lauréat de l'Institut

Ancienne *Gazette de Santé*
(138e Année)

Hors concours, Membre du Jury
*Exposition franco-britannique 1908*
*Vice-Prés. Expos. Bruxelles Cl. 16*

# THÉRAPEUTIQUE NERVEUSE

La thérapeutique nerveuse n'a fait, au cours de ces dernières années, que peu de progrès : hormis les bromures et la valériane, il n'est point de médications dignes d'être retenues. Ce sont là, il est vrai, deux agents de tout premier ordre, susceptibles de fort bons résultats. Cependant, à côté de leurs bienfaits, ils présentent bon nombre d'inconvénients, imputables soit à leur infidélité d'action, soit à leur intolérance, voire à leur toxicité. Ce sont, en somme, des « armes à deux tranchants », qu'il importe de savoir bien manier.

Les inconvénients des bromures sont trop connus pour que nous insistions : ceux-ci malmènent l'estomac en donnant lieu à une sensation de chaleur cuisante et à des renvois pénibles ; ils exercent sur l'organisme des effets déprimants, donnent du vertige, des étourdissements, de la somnolence ; ils ralentissent la respiration, affaiblissent l'activité du cœur, déterminent souvent des éruptions, peuvent même provoquer des accidents toxiques qu'on a décrits sous le nom de *bromisme*.

A la valériane on reproche sa désagréable odeur, son activité faible et surtout son inconstance d'effets.

Or, ces inconvénients sont évitables si l'on tient compte du mode d'action des deux médicaments, très nettement fixé par les recherches nouvelles. Tout d'abord, en ce qui concerne le bromure de potassium, il est aujourd'hui démontré qu'il agit sur le système nerveux uniquement par son élément *brome*, alors qu'il est redevable à l'élément *potassium* de ses effets dépressifs sur la circulation. Aussi est-il rationnel de substituer aux bromures des combinaisons bromées qui puissent, sans fatigue pour l'organisme, libérer facilement leur brome au sein de l'économie.

C'est ainsi que sont nées diverses combinaisons organiques et notamment les bromopeptones. Malheureusement, le brome a des réactions à ce point violentes qu'il détruit la matière organique, d'où mise en liberté d'hydrogène et formation abondante d'acide bromhydrique. Par contre, il est une préparation qui se montre irréprochable au double point de vue de sa grande fixité chimique et de son activité puissante : c'est le *brome colloïdal*.

Quant à la valériane, on sait, depuis les travaux du prof. Pouchet, qu'elle doit toute son activité à son essence et que la partie la plus active de cette essence est constituée par les *éthers du bornéol*, qui sont doués de réelles propriétés sédatives du système nerveux central.

Pour obtenir des médications bromées et valérianiques le maximum d'effets et pour en éviter les multiples inconvénients, il était donc rationnel d'associer en une même préparation le brome colloïdal et les éthers du bornéol.

C'est cette association que réalise excellemment le *Broséyl*.

Avec le *Broséyl*, le praticien dispose, pour le traitement des affections nerveuses, d'un médicament d'une innocuité absolue, d'une action sûre et constante, d'un dosage rigoureux.

Parfaitement toléré par l'estomac, n'entraînant aucun effet dépressif et mettant à l'abri de tout accident de bromisme, le *Broséyl* représente, de par sa composition, une synergie médicamenteuse hautement efficace et apparaît comme le régulateur nerveux par excellence.

J'ai eu l'occasion d'étudier d'une façon continue les effets cliniques de ce nouveau remède et je l'ai toujours trouvé, comme sédatif nerveux, bien supérieur au suc frais de valériane et surtout aux valérianates. Les excellents résultats que différents confrères en ont retiré, à ma connaissance, me font croire que ce médicament prendra dans l'arsenal thérapeutique la place honorable qui lui revient.

D^r C. Calvet.

N. B. Le *Broseyl* est présenté sous forme de dragées glutinisées (solubles dans l'intestin) qu'on doit avaler sans les croquer. La dose pour les adultes est de 4 à 6 dragées par jour. Pour les enfants, une à trois dragées suffisent. Le *Broséyl* est préparé aux **Laboratoires de Recherches Scientifiques** 15, rue de Paris, Puteaux-Paris (Seine) *Échantillons* et Littérature sur demande

# ÉCHOS

**Augmentation du nombre des médecins militaires.**

On sait que le ministre de la Guerre a déposé un projet de loi tendant à augmenter de 217 unités le nombre des médecins militaires.

M. le sénateur Humbert vient de déposer un contre-projet proposant non seulement le renforcement des cadres du service de santé reconnu indispensable par le ministre, mais aussi l'augmentation de la proportion des emplois dans les grades supérieurs.

Il importe de retenir les médecins dans l'armée en leur donnant des chances d'avenir équivalentes à celles dont bénéficient les autres officiers des différentes armes. On sait, en effet, que le découragement des médecins a produit une véritable crise. En 1909, 72 médecins se sont fait rayer des cadres et il n'y a eu que 57 nominations d'aide-major.

Cette année, un concours pour 55 places de médecins stagiaires au Val-de-Grâce n'a réuni que 31 candidats.

Si la proposition de M. Charles Humbert est adoptée, le service de santé comprendra 4 médecins inspecteurs généraux au lieu de 3; 21 médecins inspecteurs au lieu de 14 (tous les directeurs du service de santé des corps d'armée seraient du grade de général de brigade); 50 médecins principaux de première classe au lieu de 42, et 95 médecins principaux de deuxième classe au lieu de 60.

**Prix Zambaco-Pacha.**

Le Dr Zambaco-Pacha vient de doter la Société de Médecine et d'Hygiène tropicales de 3 prix, l'un de 1.000 francs et 2 de 500 francs destinés à récompenser les 3 meilleurs mémoires relatifs à la question de la *contagion de la lèpre*.

Les travaux présentés devront comporter des recherches personnelles et « des observations scientifiques minutieuses et consciencieuses » prises sur les lieux mêmes. Les candidats ont à traiter des questions suivantes : I. *La lèpre est-elle héréditaire?* — II. *La lèpre est-elle contagieuse d'homme à homme?* — III. *La lèpre est-elle transmissible aux animaux?*

Aux mémoires présentés devront être annexés, s'il y a lieu, les moyens de contrôle tels que préparations microscopiques, photographiques, etc.

Adresser les mémoires, écrits en français, 18, rue de Grenelle, Paris, au secrétaire général de la Société de médecine et d'hygiène tropicales, avant le 1er avril 1912.

**Un cas de conception survenue dans des circonstances extraordinaires.**

Ce cas, rapporté par la *Revue internationale de clinique et de thérapeutique*, concerne une femme de 28 ans, mariée depuis cinq années, et qui n'avait pas eu d'enfants, jusqu'alors. A l'âge de 6 ans, elle avait été renversée par une voiture. Une des roues l'avait blessée au talon droit, puis, s'engageant entre les deux cuisses, elle s'était arrêtée au moment d'atteindre la partie inférieure du tronc. Pendant trois mois, la victime de cet accident avait dû garder le lit, en proie à la fièvre, et pendant les quatre premières semaines, elle était restée sans connaissance. Une fois levée, elle récupera l'usage de ses jambes, comme si de rien n'était. Elle ne se plaignait plus de rien; elle urinait sans difficulté, seulement le jet se dirigeait latéralement vers la gauche. Elle avait été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans; elle s'était mariée à l'âge de 23 ans. Son mari déclara que les rapports conjugaux n'avaient jamais eu lieu normalement, du fait de l'absence d'un vagin chez la femme. Dans ces conditions, les deux époux avaient considéré la survenance d'une grossesse comme une éventualité irréalisable. Or, la femme ayant été prise, à l'improviste, de douleurs pareilles à celles de l'accouchement, se décida à se rendre à Dresde, dans le service d'accouchement, où on reconnut sans peine qu'elle était enceinte et en plein travail. On se rendit compte également de l'absence d'une vulve et d'une entrée vaginale. A la place de la vulve, se voyait une grande cicatrice radiée, allant de la symphise jusqu'au périné. On ne découvrait pas non plus de méat uréthral. Au niveau du tiers inférieur de la cicatrice et à gauche, existait une petite ouverture, livrant accès à une bougie uréthrale et par laquelle venait sourdre un liquide rougeâtre, floconneux. Une sonde, introduite dans cette ouverture, pouvait pénétrer jusqu'à une profondeur de 19 centimètres, et atteindre l'utérus. Sans doute la vessie communiquait avec ce canal, qui allait en se dilatant un peu, de bas en haut.

Pour délivrer cette femme, on dût pratiquer l'opération césarienne. On mit au monde un enfant vivant et bien constitué. La femme s'est rétablie très vite. En somme, chez elle, les spermatozoïdes, pour atteindre la cavité utérine, avaient dû traverser un canal étroit, d'une longueur de 19 centimètres, et faire preuve ainsi, d'une vitalité extraordinaire.

**Médecine et Police.**

Nous avons reçu la spirituelle lettre suivante de notre excellent confrère, le Dr Marcel Baudouin, ancien rédacteur en chef de la *Gazette* :

« Vous avez récemment rappelé comment le « Docteur Conan Doyle imagina Sherlock Holmès: « en voyant opérer au lit du malade, le prof. Bell! »

« Il y a longtemps que j'ai écrit que la police serait « *scientifique* ou qu'elle devrait disparaître ; que j'ai « offert à M. le Préfet de police tout un plan d'or- « ganisation de *Police scientifique*, basé non seule- « ment sur les méthodes de M. Bertillon, mais sur « d'autres, très faciles à imaginer, quand on sera « dans la place; que l'on m'a pris pour un « toqué », « et non pour un Sherlok Holmès, — alors que, « souvent dans la vie, j'ai fait des déductions aussi « merveilleuses que les siennes..., tout simplement, « en faisant comme le chien de chasse, en fourrant « mon nez partout!

« Inutile de vous dire que l'on s'est peu préoc- « cupé de mes visées originales, parce que subver- « sives. Qu'importe, puisque *l'idée* marche, puis- « qu'elle suit son chemin? Je dois vous dire en tout « cas, que dans une SCIENCE qui est encore plus dif- « ficile que la *police*! — cette méthode *analytique*, « *très rapide*, mais *précise*, m'a permis de faire des « trouvailles, qui ont toujours étonné les plus ma- « lins en la matière! — Il suffisait de bien regar- « der, de bien voir et de *raisonner vite*. C'est plus « facile avec un peu de *volonté*, que de se servir d'un « aéroplane! — C'est donc un métier à la portée de « toutes les énergies *instruites*, *intelligentes* et *actives*.

« En matière de *police actuelle*, il n'y a qu'un « malheur : c'est là où le *fonds* manque le plus! « Aussi, ai-je demandé que le *Préfet de police* soit « toujours un MÉDECIN, ayant fait ses preuves de « courage, d'intelligence et d'observation. On m'a « ri au nez. Vous en ferez sans doute autant. Votre, « *Détective Scientifique*, Dr MARCEL BAUDOUIN.

**Nos Articles.**

La reproduction de tous nos articles est *autorisée* (sauf réserves spéciales des auteurs).

**Prix Nobel (Médecine).**

Il sera attribué au Dr Kasse (physiologie) de Heidelberg. Ce prix sera de 193.360 francs.

# Hémorragies dues aux Grossesses tubaires

## SANS RUPTURE DE LA TROMPE

Par le Docteur Emile REYMOND

Chirurgien de la Maison départementale de la Seine (Nanterre)

Le titre indique suffisamment que nous éliminons de cette étude tous les cas où la trompe présente une rupture, que son pavillon fût ouvert ou fermé. Nous avons préféré aussi ne pas y faire rentrer certaines observations antérieures à 1904 et dont nous n'avons pas gardé les pièces. Ce qui fait l'intérêt des huit observations que nous apportons, c'est qu'elles sont complètes, que les malades ont été suivies, les pièces conservées et étudiées histologiquement.

*Antécédents personnels.* — Une des malades, mariée depuis peu, n'a jamais eu d'enfant, une seconde a accouché normalement de quatre enfants, la troisième a souffert d'une hlennorragie peu de temps avant la grossesse tubaire. Aucune de ces trois malades n'a eu de fausse couche.

En revanche, les cinq autres malades présentent des analogies intéressantes. Dans une première période, elles ont eu des couches normales et nombreuses, deux ont quatre enfants, les autres ont 3, 5, 7 enfants. Après cette période vient celle des avortements : toutes ont des fausses couches. Enfin celle de la grossesse tuhaire qui, pour trois d'entre elles, se produit l'année qui suit la dernière fausse couche et pour les deux autres deux ans après.

*Début.* — La moitié des malades n'accusait aucun *retard des règles*; dans l'autre moitié on constate deux malades ayant 2 semaines de retard, une malade ayant 3 semaines, une deuxième 6 semaines.

On ne peut établir de rapport précis entre le retour des règles et l'âge de l'œuf trouvé dans la trompe; dans certains cas, il semblerait cliniquement que l'évolution de la grossesse tubaire n'aît pas arrêté les règles; il est plus vraisemhlahle de supposer que très près de son déhut, la grossesse a déjà déterminé des pertes vaginales que la malade a pris pour ses règles; mais du fait qu'il y a perte vaginale faut-il en conclure que l'avortement est définitif? S'il en était ainsi, la malade qui n'a remarqué aucun retard dans ses règles, c'est-à-dire qui a eu dès le déhut de sa grossesse tuhaire des pertes sanguines, devrait toujours présenter au cours de l'intervention un œuf très petit, arrêté de honne heure dans son évolution; or, il n'en est pas ainsi dans tous les cas : l'œuf peut avoir pris un développement assez considérahle. L'examen histologique explique assez hien ce qui semble d'abord une contradiction.

Nous verrons, en effet, tout à l'heure, que l'œuf peut se décoller partiellement, fournir une quantité assez considérable de sang qui s'échappe par l'utérus ou tombe dans le péritoine sans pour cela cesser de contracter sur la paroi salpingienne des adhérences qui lui suffiront à se nourrir et à augmenter de volume.

La *douleur* angoissante, indication fréquente de la rupture de la trompe, manquait dans tous les cas que nous rapportons, sauf dans un seul.

Il en fut de même en ce qui concerne la *syncope.*

La seule malade (ohs. II) qui ait présenté brusquement une douleur syncopale du déhut, vit cet accident survenir au lendemain d'une longue marche, pendant les efforts de la défécation. Or, elle présente (fig. 1) l'œuf le plus petit que nous ayons jamais ohservé; il avait le volume d'un grain de maïs (o, fig. 1) était toujours adhérent à la muqueuse de la trompe et avait déjà déterminé une hémorragie d'un litre et demi de sang dans le péritoine.

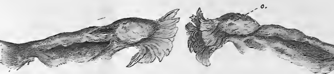



Fig. 1. — Trompe droite, face antérieure et face postérieure (Observation II).
O. Œuf intra-tubaire, gros comme un grain de maïs.

*L'hémorragie vaginale* est le signe du déhut que nous trouvons le plus constant : mal indiqué par les malades, il demande à être constaté *de visu* étant donnés les caractères spéciaux de l'hémorragie : il n'a pas manqué dans un seul de nos cas.

En résumé, le déhut est rarement hrusque; en dehors des signes de grossesse que peut présenter la malade, les symptômes s'établissent *sournoisement.*

*Symptômes.* — Une seule fois, avons-nous dit, la *douleur* apparut hrusquement; dans les autres cas, elle se présenta sous forme de poussées successives allant souvent en augmentant et paraissant avoir été en rapport avec la présentation de l'œuf à l'orifice du pavillon qui se dilate progressivement jusqu'à acquérir les dimensions d'une pièce de 5 francs.

*La syncope* est en rapport avec l'abondance de l'hémorragie : nous l'avons constatée dans les cas d'inondation péritonéale; elle peut survenir sans que l'entourage de la malade s'en aperçoive; c'est dire comhien est utile la surveillance d'une malade soupçonnée de grossesse tuhaire avec pavillon ouvert.

*Les pertes sanguines* n'ont jamais fait défaut; plus ou moins abondantes, elles paraissent cesser parfois pour reparaître ensuite.

Les symptômes physiques de l'hématocèle n'ont pas à être décrits.

Dans un cas d'inondation péritonéale, la grossesse tuhaire était assez volumineuse pour être décelée par le toucher; dans un autre, il n'en était pas de même, la présence de l'œuf ayant à peine déformé la trompe (ohs. 1); toutefois, le cul-de-sac correspondant était douloureux.

*Diagnostic.* — Celui-ci nous a paru toujours plus délicat dans cette forme que dans l'éclatement de la trompe, la douleur initiale, la syncope, le retard des règles pouvant manquer.

Les pertes sanguines doivent attirer l'attention, mais peuvent prêter à confusion alors que l'hématocèle n'est pas constitué; plusieurs de nos malades nous étaient envoyées avec le diagnostic de fausse couche.

*Anatomie pathologique.* — L'hémorragie dans deux cas se présenta sous forme d'inondation péritonéale : le sang répandu dans tout le péritoine fut évalué dans un cas à 2 litres, dans l'autre à 1 litre et demi. Il n'était aucunement en rapport avec le volume de l'œuf.

Dans les six autres cas, l'hémorragie constitua une tumeur sanguine localisée, jamais sous-péritonéale comme cela peut avoir lieu en cas de rupture tuhaire, toujours intra-péritonéale.

De l'étude des pièces correspondant aux six observations, il résulte nettement que la localisation de l'hémorragie ne tint pas à une disposition pathologique préexistante, mais à ce que l'hémorragie fut assez peu ahondante et progressive pour que des adhérences d'abord et une paroi propre ensuite aient eu le temps de constituer une enveloppe à l'hématome.

Cette poche sanguine communique dans les six cas avec l'intérieur de la trompe par l'intermédiaire du pavillon. Elle a un volume, une situation, une forme différant suivant les cas, mais son enveloppe a une constitution analogue. Elle est formée par les parois du hassin, l'utérus, les annexes, le tube digestif, en particulier l'S iliaque, l'épiploon et enfin la paroi propre de l'hématocèle qui constitue sa seule enveloppe dans une étendue variable suivant les cas. Cette paroi propre a une constitution qui ressort hien de l'étude comparée des différentes pièces.

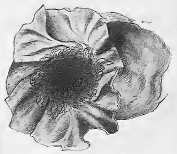


Fig. 2. — La paroi propre du pavillon fait un collier autour du pavillon; l'œuf apparaît au centre de celui-ci (Observation V).

Quand le sang coule par le pavillon, des adhérences se forment tout autour de l'épanchement entre tous les éléments recouverts du péritoine qui emprisonnent dès lors cet épanchement. Si l'on intervient à ce moment, il suffit d'écarter les viscères à peine adhérents pour tomber directement sur la collection sanguine.

Mais bientôt la séreuse qui recouvre les éléments divers se double elle-même d'une membrane dont l'épaisseur et la résistance ne tardent pas à devenir considérables : c'est la paroi propre. Les viscères, surtout

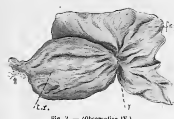



Fig. 3. — (Observation IV.)
*f. v. p.* Fragment de la paroi propre de l'hématome.
*y, z.* Trompe contenant l'œuf et communiquant avec l'hématome.
*z.* Rétrécissement à la hauteur du pavillon.

ceux qui sont mobiles, intestins, épiploon, tendent à se libérer de cette paroi propre qui, à ce niveau, reste la seule enveloppe de l'hématome.

Cette tendance de la paroi propre à se détacher des organes qu'elle recouvrait tout




Figure 4. — La même pièce que celle de la figure précédente, ouverte et vue par la face opposée (Obs. IV).
*J.* Insertion de l'œuf à la partie moyenne de la trompe.
*o.* Orifice du pavillon.

d'abord paraît aller en augmentant. C'est ainsi que dans un cas ancien nous enlevâmes facilement avec la trompe une tumeur pendant à son pavillon et qui n'était autre que l'hématocèle dont la paroi était intacte.

Celle-ci affecte une disposition qui est généralement la même vis-à-vis du pavillon :

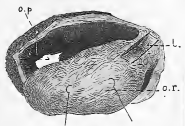



Fig. 5. — Grossesse isthmique, trompe ouverte.
*o. p.* Orifice du pavillon vu par l'intérieur de la trompe.
*o. r.* Œuf recliné.
*l.* Lumière de la trompe dans un fragment correspondant à l'insertion de l'œuf.

celui-ci, au début de l'hémorragie, baigne dans le sang liquide et continue à y baigner alors que les organes emprisonnent l'épanchement. La fausse membrane se constituant alors, fait un collier à la trompe plus ou moins près du pavillon dont les franges resteront d'abord libres pour venir se coller ensuite par leurs faces externes sur la face interne de la paroi propre. Le pavillon dès




Fig. 6. — Coupe du fragment enlevé à la pièce ci-dessus.
*l.* Lumière de la trompe.
*f. c. t.* Faisceau musculaire de la couche profonde transversale.
*f. m. o.* Faisceau musculaire longitudinal.
*t. o.* Tissu de l'œuf d'apparence amorphe.

lors ne pourra plus se fermer. Si on le considère par l'intérieur de l'hématome qu'on a ouvert (fig. 2) il présente l'aspect d'une fleur épanouie dont le centre correspond à l'orifice tubaire généralement très agrandi, atteignant parfois des dimensions d'une pièce de cinq francs.

Toujours nous avons trouvé à l'œuf un caractère placentaire bien plus qu'embryonnaire.

Dans 6 ans il était encore dans la trompe, dans 2 seulement il paraissait avoir franchi le pavillon pour tomber dans l'hématome et encore n'était-ce que partiellement, une partie de l'œuf restant adhérente à son insertion.

L'œuf reste-t-il souvent libre dans la trompe, comme un pois dans un sifflet d'enfant, suivant l'expression de Bland Natton? Nous n'en avons pas trouvé un seul cas et, de fait, ce n'est pas l'orifice du pavillon dilaté, prêt à un accouchement, qui aurait empêché la sortie de l'œuf, mais toujours celui-ci restait adhérent à la paroi de la trompe.

Où se trouvait cette insertion primitive? On a prétendu que dans la forme que nous étudions l'œuf était toujours fixé à la partie externe de la trompe, près du pavillon et que c'était justement sa présence qui, en empêchant les franges de se reployer en dedans, permettait à la trompe de rester ouverte.

Dans un seul cas, nous avons trouvé l'œuf inséré près du pavillon (fig. 1). L'insertion se trouvait généralement à la partie moyenne (fig. 4). Dans un cas, elle se trouvait au niveau de l'isthme, ce qui n'avait pas empêché l'œuf de remplir toute la trompe (fig. 5) et de se présenter au pavillon (fig. 1).

Ces insertions au niveau de l'isthme peuvent donner lieu à des erreurs d'interprétation. Dans le cas que nous rapportons, une coupe de la paroi salpingienne correspondant à l'insertion de l'œuf (fig. 5) permet de découvrir la lumière de la trompe (fig. 6). On eût pu conclure que la grossesse isthmique était pariétale, ou mieux s'était développée dans un des culs-de-sac si nombreux à ce niveau. Mais des coupes en série permirent de constater qu'il n'en était rien, que l'œuf s'était bien développé dans la lumière de la trompe. Mais celle-ci, comme chaque fois que la trompe est distendue, avait présenté dans la région de l'isthme des coudures multiples qui permettent, sur une coupe faite perpendiculairement à la trompe, de trouver plusieurs fois sa lumière.

D'une façon générale, la paroi de la trompe nous a paru épaissie, les muscles hypertrophiés, surtout les fibres longitudinales; en ce qui concerne la paroi de la trompe au ni-

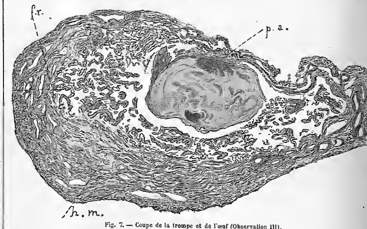



Fig. 7. — Coupe de la trompe et de l'œuf (Observation III).
*f. r.* Franges hypertrophiées. — *h. m.* Hypertrophies du tissu musculaire. — *p. a.* Paroi amincie au niveau de l'insertion de l'œuf

veau de l'insertion placentaire, nos constatations ont été l'inverse de ce qu'il est classique de décrire : dans un seul cas, la paroi

était amincie et paraissait être rongée par les villosités placentaires (fig. 7); mais, dans tous les autres cas, la paroi, loin d'être amincie au niveau de l'insertion placentaire, présentait un épaississement plus ou moins marqué (fig. 4 et 8).

La muqueuse de la trompe porteuse de l'œuf était beaucoup moins modifiée que

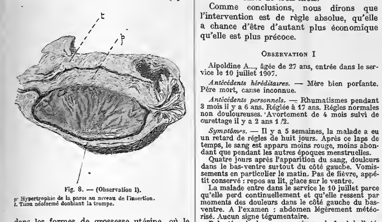



Fig. 8. — (Observation I).
p. Hypertrophie de la paroi au niveau de l'insertion.
t. Tissu néoformé doublant la trompe.

dans les formes de grossesse utérine, où le pavillon est fermé; les franges avaient souvent pris un développement considérable (fig. 7), et alors même que l'épithélium était anormal, il n'avait pas de tendance à tomber.

Nous n'avons pas trouvé davantage, ni dans l'utérus, ni dans la trompe du côté opposé cette constitution de caduques qui a été décrite et considérée comme constante.

La trompe opposée présentait de la salpingite dans un seul cas (fig. 9); dans tous les autres, la muqueuse était normale, pourvue preque toujours de cils vibratiles : les lésions que présentait extérieurement la trompe étaient secondaires, dues aux adhérences.

*Traitement.* — Aussitôt le diagnostic établi, nous avons pratiqué la laparotomie, nons avons pratiqué l'hystérectomie, une fois parce que l'autre trompe présentait de la salpingite, les trois autres parce qu'il s'agissait de cas anciens où les annexes opposées étaient enveloppées d'adhérences.

Nos 8 cas nous ont fourni 8 guérisons sans incidents. Une de nos opérées est actuellement enceinte de trois mois.

Comme conclusions, nous dirons que l'intervention est de règle absolue, qu'elle a chance d'être d'autant plus économique qu'elle est plus précoce.

Observation I

Alpoldine A..., âgée de 27 ans, entrée dans le service le 10 juillet 1907.

*Antécédents héréditaires.* — Mère bien portante. Pére mort, cause inconnue.

*Antécédents personnels.* — Rhumatismes pendant 3 mois il y a 6 ans. Réglée à 17 ans. Régles normales non douloureuses. Avortement de 4 mois suivi de curettage il y a 2 ans 1/2.

*Symptômes.* — Il y a 5 semaines, la malade a eu un retard de régles de huit jours. Après ce laps de temps, le sang est apparu moins rouge, moins abondant que pendant les autres époques menstruelles.

Quatre jours après l'apparition du sang, doulcurs dans le bas-ventre surtout du côté gauche. Vomissements en particulier le matin. Pas de fièvre, appétit conservé : repos au lit, glace sur le ventre.

La malade entre dans le service le 10 juillet parce qu'elle perd continuellement et qu'elle ressent par moments des douleurs dans le côté gauche du basventre. A l'examen : abdomen légèrement météorisé. Aucun signe tégumentaire.

Palpation douloureuse au niveau du fond de l'utérus et dans la région salpingo-ovarienne gauche.

A la percussion, submatité remontant au milieu à deux travers de doigts au-dessus du pubis, latéralement, à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope.

Au toucher, col dur, orifice déchiré transversalement; extrophie de la muqueuse sur la lèvre antérieure du col, celui-ci regarde en bas, un peu en avant.

L'utérus mobile, douloureux à la palpation, remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphise.

Corps gros, dur, mobile.

Cul-de-sac antérieur occupé par le corps utérin.

Rien dans le cul-de-sac latéral droit.

Gros empâtement occupant tout le cul-de-sac latéral gauche.

La palpitation bimanuelle permet de délimiter une masse du volume d'une petite orange, remontant au dessus de l'arcade de Fallope.

Le cul-de-sac postérieur, douloureux, est également occupé par une masse plus petite, semi fluctuante qui paraît faire corps avec la masse du cul-de-sac latéral gauche. Les doigts ramènent un sang coagulé et noirâtre.

Le 12 juillet toucher vaginal. Col regardant en bas, orifice petit.

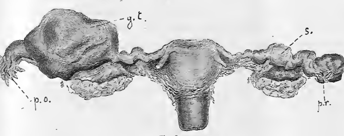



Fig. 9.
*g. t.* Grossesse tubaire. — *s.* Salpingite. — *p. o.* Pavillon ouvert. — *p. r.* Pavillon ouvert mais dont l'orifice est rétréci

deux fois dans un état général très grave; il nous est permis de croire que ces deux dernières malades étaient perdues si l'opération avait été différée. Il est peut-être utile d'insister sur ce point, alors qu'une tendance se produit chez certains chirurgiens à ne pas vouloir opérer au cours de grandes hémorragies et à laisser attendre sous la glace.

Quatre fois nous nous sommes contenté d'enlever la trompe malade, quatre fois

Cul-de-sac antérieur libre. On sent difficilement le corps utérin.

Cul-de-sac postérieur, masse volumineuse adhérente peut-être au fond à l'utérus.

Cul-de-sac latéral gauche, annexes peu douloureuses.

Cul-de-sac latéral droit rempli par une masse qui continue celle du cul-du-sac postérieur.

*Opération* le 23 juillet. Ouverture de l'abdomen. Grosse masse adhérente à l'épiploon et à l'intestin. Sérosité abondante agglutinée dans des poches sous-séreuses : aspect de frai de grenouille.

La tumeur correspond aux annexes droites : elle remplit la fosse iliaque droite, descend jusque dans le Douglas, présente de toutes parts des adhérences étroites, difficiles à rompre.

A gauche, les annexes adhérent à l'S iliaque : petit abcès entre les adhérences.

Hystérectomie sub-totale : deux divisions.

*Pièces.* — A droite, l'œuf du volume d'une amande (fig. 8) s'insère en haut à la partie moyenne de la trompe. La paroi de celle-ci est, à ce niveau, plus considérable qu'à tout autre. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une hypertrophie de la couche musculaire. La trompe est dilatée surtont dans sa moitié externe. L'ovaire est normal.

A gauche, annexes normales.

Observation II

H..., âgée de 34 ans, entrée dans le service le 29 novembre 1908.

*Antécédents personnels.* — Règles régulières depuis l'âge de 16 ans. Fièvre typhoïde en 1896. Mariée en 1901.

1er enfant, 8 novembre 1902, fille;
2e enfant, 19 juin 1904, fille;
3e enfant, 22 juin 1905, garçon 3 k. 615;
4e enfant, 22 février 1908, garçon 3 k. 930.

Accouchements normaux. Le dernier dans le service. La malade est sortie le 14e jour. Depuis ce dernier accouchement, régles peu abondantes comme d'habitude, mais irrégulières, toutes les 3 semaines; pas de pertes blanches, pas de fausse couche.

Le 20 novembre, la malade est légèrement souffrante; douleurs névralgiques dans la tête, pas de nausées ni de douleurs abdominales.

Le 28 novembre, la malade bien portante fait 6 kilomètres à pied.

Le 29 novembre à 8 heures, en allant à la selle, douleurs violentes et brusques dans l'abdomen que la malade compare à une déchirure ou au déplacement d'une organe abdominal. Nausées et vomissements alimentaires. Bien que les douleurs abdominales continuent, la malade vaque à ses occupations.

A 11 heures, brusque syncope sans augmentation de douleur.

La malade entre à l'hôpital : l'interne de garde constate la pâleur de la face; le pouls est bon, bien frappé : 90. Condutraction abdominale. Douleurs plus violentes côté des annexes droites.

Le toucher montre un utérus gros, rejeté en avant, contracturé, très douloureux. Le col assez mou, rien du côté des annexes.

Epreintes rectales et vésicales.

A 1 heure, 2e syncope plus violente, perte de connaissance complète, sueur profuse. Perte de quelques gouttes de sang par le vagin.

Le cul-de-sac de Douglas est empâté et le toucher très douloureux : glace sur le ventre, diète absolue.

Le lendemain soir, 30 novembre, les douleurs sont calmées, mais une nouvelle syncope se produit à 6 heures du soir, le pouls est petit. Température, 37°6. Bourdonnements dans les oreilles, vertiges : caféine.

Dans la nuit, nouvelle syncope avec vomissement.

*Opération.* — Le lendemain matin, 1er décembre, incision ombilico-pubienne, la malade étant mise en position de renversement incomplet pour éviter si possible l'envabissement par le sang de la partie diaphragmatique du péritoine.

Les anses nagent dans un sang très liquide de couleur veineuse; elles sont rapidement protégées par des compresses.

Position de Trenclenburg complète.

L'utérus apparaît gros et mou. Le fond de l'utérus est attiré par une pince de Richelot. Une exploration rapide montre que le sang vient des annexes droites qui sont circonscrites par 2 pinces placées à angle droit.

Ablation des annexes droites.

Evacuation avec la main des caillots remplissant le cul-de-sac de Douglas. Ligature du ligament large droit. Moignon de trompe touché au thermo, enfoui sous surjet péritonéal.

La malade redressée horizontalement puis basculée les pieds en bas, il s'écoule encore une quantité de sang liquide qu'on peut évaluer à 300 grammes; l'hémorragie totale dépasse un litre.

Toilette rapide du péritoine.

En raison de la quantité de sang perdu pas d'appendicectomie.

Drains dans le cul-de-sac de Douglas.

Fermeture en 3 plans.

Suites normales.

*Pièces.* — La trompe droite est à peine augmentée de volume, sauf dans la proximité du pavillon (fig. 1). C'est là que se trouve l'œuf du volume d'un grain de riz.

Son insertion sur la paroi est encore résistante malgré l'hémorragie abondante : les coupes faites à ce niveau permettent de constater un amincissement de la paroi tubaire et un grand nombre de sinosités choriales.

Les franges sont très nombreuses, aplaties contre l'œuf; elles ne manquent qu'au niveau de l'insertion; les cellules sont intactes.

Observation III

Joséphine F..., âgée de 24 ans; entrée dans le service le 10 mars 1909.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 14 ans et demi. Règles régulières, mais très abondantes et revenant tous les 20 jours pendant les 2 dernières années. Aucun passé génital.

Mariée depuis 2 mois (22 décembre). Dernières règles le 18 janvier, normales. Quelque temps après, douleurs dans le ventre, nausées le matin, douleurs au niveau des seins qui augmentent de volume. La malade pense à une grossesse.

Huit jours avant son entrée dans le service, douleur sourde, à droite surtout, qui augmentant de jour en jour, présentait des paroxysmes successifs. Légère perte sanguine, discontinue. Pas de douleur brusque, pas de signe d'hémorragie interne, bien que la malade soit pâle. Le pouls est bon, bien frappé.

L'examen au palper et au toucher démontre qu'il n'y a rien dans le cul-de-sac postérieur ni dans le cul-de-sac latéral gauche. Le cul-de-sac latéral droit non empâté est douloureux. Le col un peu mou est légèrement entr'ouvert. Utérus mobile.

Les douleurs calmées par la glace reprennent plus vives au bout de quelques jours dans le bas-ventre, surtout à droite.

Au toucher, on trouve dans le cul-de-sac latéral droit une collection dure, tendue, douloureuse qui fait penser à une grossesse extra-utérine.

Etat nauséeux qui n'existait pas auparavant.

Les pertes rosées vaginales sont devenues noirâtres absolument comparables au sang déjà caillé d'une hématocèle rétro-utérine.

*Opération* le 16 mars :

Incision ombilico-pubienne. Le péritoine avant son ouverture apparaît noir verdâtre. Incisé il laisse voir les anses intestinales séparées par des caillots et du sang noirâtre. Il y a environ un litre de sang dans le péritoine, dans les fosses iliaques, entre les anses intestinales; peu de chose dans le Douglas. La trompe droite est noirâtre, du volume du pouce: il s'agit bien d'une grossesse tubaire. On l'enlève laissant l'ovaire dont on cautérise la partie antérieure. On enfouit ensuite le moignon de la trompe et la tranche du ligament large en faisant un surjet prenant la face antérieure du ligament large en avant et l'ovaire en arrière.

On éponge soigneusement les caillots et le sang épanché en mettant la malade en position presque verticale, après avoir maintenu les anses avec des compresses.

Fermeture du ventre sans drainage en 3 plans.

Le lendemain, la malade est très bien; pouls bien frappé; température, 37°3, aucune douleur abdominale; plus de pertes vaginales.

Le surlendemain, la malade rend par le vagin un gros caillot de sang noirâtre. Elle a quelques vomissements, quelques coliques intestinales sèches provoquées par le passage de gaz. Température, 37°1. Pouls un peu rapide, mais bien frappé.

La malade se lève le quinzième jour.

Le 12 octobre 1910, un an et demi après l'opération, alors même que nous rédigions notre observation, la malade se présente dans notre service: elle est enceinte de deux mois et demi environ; la grossesse paraît suivre un cours normal.

*Pièces.*— La trompe droite a le volume du pouce.

C'est à la partie moyenne que nous trouvons inséré l'œuf dont le volume est celui d'une noisette (fig. 7).

Au niveau de l'insertion sur la trompe villosités nombreuses : paroi de la trompe amincie à ce niveau.

Cette insertion est le siège de l'hémorragie, mais l'œuf tient toujours à la paroi.

Sur tous les autres points de la trompe, les franges sont normales, l'épithélium sain muni de cils.

Cette remarque est à rapprocher de la grossesse ultérieure que devait présenter la malade.

Observation IV

Rosalie B..., âgée de 28 ans; entrée dans le service le 19 octobre 1909.

*Antécédents héréditaires.* — Parents bien portants.

*Antécédents personnels.* — Ictère émotif il y a 6 ans. Coliques hépatiques il y a 5 ans. Réglée à 12 ans; règles régulières, pas douloureuses, durant quatre jours. Quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Accouchement normal il y a 7 ans; enfant vivant bien portant. Fausse couche il y a 2 ans 1/2 sans complications. Les règles sont restées régulières jusqu'aux dernières vers le 15 juillet. Le 12 août, la malade commence à perdre du sang et depuis ce moment, les pertes n'ont pas cessé. Elles sont constituées par du sang tantôt rouge, tantôt noirâtre. De temps en temps, les pertes diminuent et la malade ressent alors des douleurs abdominales violentes qu'elle compare à des douleurs d'accouchement. Depuis le mois d'août également, la malade a parfois à son réveil des nausées suivies de crachats glaireux abondants. Son appétit a augmenté; elle a eu des envies, mangeant des aliments qu'elle n'aimait pas ordinairement. En même temps, les seins grossissaient et étaient le siège de picotements. La malade est habituellement constipée. Elle est obligée de se relever la nuit pour uriner, mais la miction n'est pas douloureuse.

*A l'examen*, la palpation abdominale fait percevoir une tumeur du volume d'une grosse orange du côté gauche. Cette tumeur paraît mobile et est indolore.

Au toucher, on trouve le col utérin petit, mou, regardant directement en bas, orifice entr'ouvert.

Le cul-de-sac antérieur est occupé par le corps utérin rejeté à droite par la tumeur dont il est séparé par un sillon très net.

Le cul-de-sac latéral gauche bombe dans le vagin. La muqueuse est lisse et mobile sur la tumeur. Celle-ci est tendue et fluctuante.

Le cul-de-sac postérieur est occupé par la tumeur.

Le cul-de-sac latéral droit est libre.

*Opération le* 31 octobre 1909.

Incision ombilico-pubienne : les anses intestinales baignent dans du sang noirâtre.

A gauche, masse du volume d'une grosse orange adhérente à l'intestin; l'ablation est facilitée par la section et l'introduction de la main entre la tumeur et l'utérus.

Hématome et trompe sont enlevés en bloc.

*Pièces.* — Hématome presque intacte, communique avec la trompe par le pavillon (fig. 3). L'œuf adhère dans la partie moyenne de la trompe à sa paroi supérieure (fig. 4).

Observation V

Louise R..., âgée de 31 ans; entrée dans le service le 11 novembre 1909.

*Antécédents personnels.* — Règles régulières indolores, durant de 3 à 4 jours, depuis l'âge de 12 ans et demi.

Pas de pertes dans l'intervalle. Syphilis il y a 10 ans.

Un enfant de 11 ans 1/2 vivant et bien portant.

2e enfant, il y a 10 ans, mort-né.

3e enfant, il y a 7 ans, mort à 9 mois de tuberculose.

La malade à cette époque devient veuve et se remarie.

Un 4e enfant, il y a 5 ans 1/2, vivant et bien portant; un 5e il y a 5 ans. Fausse couche de 2 mois 1/2 l'année dernière.

Dernières règles le 7 août.

Le 27 septembre, la malade est prise dans la rue d'une douleur abdominale violente et rentre aussitôt se coucher. Les douleurs cessent et la malade se lève 3 jours après. En même temps, elle a des pertes sanguines peu abondantes.

Une seconde crise douloureuse apparaît 15 jours après la première. La malade appelle un médecin qui l'envoie dans le service.

*Etat actuel.* — La malade présente une décoloration prononcée des téguments. Elle ne souffre plus du ventre, mais a encore quelques pertes de sang.

A l'examen par le toucher on constate :

Col volumineux, légèrement induré, regardant en bas et un peu en arrière; orifice large; lèvre antérieure volumineuse présentant une induration plus considérable que la lèvre postérieure (petit corps fibreux?) Mobilité nulle du col.

Le cul-de-sac antérieur permet de sentir le corps utérin très dur.

Le cul-de-sac postérieur présente une masse du volume du poing, de consistance ferme, faisant corps avec l'utérus.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent le prolongement de la masse décrite en arrière. De même dans le cul-de-sac latéral droit.

Par le palper on constate que le fond de l'utérus remonte à 5 travers de doigts au-dessus du pubis. La mobilité utérine est très diminuée.

*Opération* le 16 novembre.

Incision ombilico-pubienne conduisant de suite sur l'épiploon adhérent peu à la paroi antérieure, très adhérent aux parties profondes (gros intestin, poche sanguine, fond de l'utérus).

Une ponction faite dans la poche sanguine, à droite de la ligne médiane, ne donne qu'une petite quantité de sang, celui-ci se trouvant presque totalement en caillots qui représentent un litre de liquide. On essaie de séparer la poche sanguine du gros intestin, mais l'adhérence est telle et le gros intestin présente une paroi si mince, qu'on considère cette manœuvre comme dangereuse.

On décolle la poche sanguine de la paroi postérieure de l'utérus; celui-ci est aplati d'avant en arrière de telle façon que son épaisseur est diminuée de moitié.

Le décollement relativement aisé est poursuivi jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas; puis la main remonte sur la face antérieure du sacrum qu'elle sent directement, le rectum se trouvant complètement rejeté à gauche.

La main poursuivant le décollement aboutit dans un long cul-de-sac rempli de caillots sanguins, dont le fond est limité par l'attache du meso de l'S iliaque.

Les parties du côlon limitant la collection sanguine (anse oméga, partie inférieure du côlon descendant) sont libérées des fausses membranes qui les enveloppent. On constate que la poche sanguine englobe les annexes du côté droit.

Annexes gauches malades; la trompe semble tout d'abord fermée. L'hystérectomie paraît indiquée; section du vagin très vasculaire, gros drain dans le vagin, gros drain pariétal.

Suites très simples.

*Pièces.* — Annexes gauches : ovaire scléro-kystique, contenu hémorragique des kystes. Pavillon de la trompe presque fermé; celle-ci contient un liquide séro-purulent.

Annexes droites : trompe non dilatée dans sa portion interne, qui présente des flexuosités.

En dehors des flexuosités, la trompe est dilatée au point de recevoir facilement l'index et le médius à la fois. Le pavillon s'est grand ouvert; il accepte le pouce; les franges épaissies ont pris des proportions considérables: elles se prolongent sur la face interne des parois de la poche sanguine qui communique largement avec cette partie externe de la trompe.

A l'intérieur de celle-ci, au milieu des caillots, se trouve un œuf ayant le volume d'un petit œuf de poule.

On constate qu'il est accepté dans la partie dilatée de la trompe et qu'en pressant sur celle-ci on le fait saillir à l'orifice du pavillon; mais il est toujours adhérent à la paroi de la trompe.

Observation VI

Hortense P..., âgée de 32 ans; entrée dans le service le 13 décembre 1909.

*Antécédents personnels.* — Aucune maladie antérieure; règles régulières, durant de 4 à 5 jours, depuis l'âge de 12 ans.

Mariée à 30 ans. Pas d'enfant. Peut-être en avril 1908 une fausse couche, après un retard de 3 semaines.

Depuis 3 mois la malade a des règles très abondantes durant 5 à 6 jours. Des hémorragies surviennent entre les règles. En même temps, elle ressent des douleurs lombaires mais pas de douleurs abdominales fixes; pas de fièvre.

Son état général est bon.

A l'*examen*, le col est petit, regardant en arrière, de consistance normale.

Dans le cul-de-sac antérieur, masse dure répondant au corps utérin, basculé.

Rien dans le cul-de-sac latéral gauche.

Le cul-de-sac latéral droit est légèrement douloureux, mais on n'y trouve qu'avec peine un empâtement semblant haut placé.

Au palper bi-manuel, l'utérus, difficile à sentir à travers la paroi abdominale adipeuse, paraît remonter à 4 travers de doigt au-dessus du pubis; à la percussion, la matité sus-pubienne est plus marquée à droite.

Palpation abdominale, profonde, douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite.

A un second examen, les signes physiques sont plus accentués; la mobilité de l'utérus est très diminuée, le col rejeté à gauche.

Le cul-de-sac latéral gauche est étroit, profond, difficilement accessible.

Le cul-de-sac postérieur profond, difficilement accessible permet toutefois de percevoir très loin une masse dure.

Limite supérieure 3 travers de doigt sous l'ombilic.

*Opération* le 18 décembre 1909.

Incision ombilico-pubienne. Paroi très vasculaire, épaisse et musclée. Quelques adhérences épiploïques masquent les organes du petit bassin. L'épiploon relevé en haut est épais, de couleur noirâtre; il entraîne avec lui des caillots de sang.

On aperçoit dans le petit bassin, à droite et au milieu, une masse du volume du poing, qu'on pourrait prendre pour le fond de l'utérus, mais qui en diffère par sa teinte plus foncée et sa résistance spéciale.

En décollant cette masse, on aperçoit sur un plan inférieur et plus à gauche, les annexes gauches, au devant desquelles se trouve le fond de l'utérus et entre eux un orifice qui s'agrandit à mesure qu'on rompt les adhérences et qui conduit dans une partie correspondant au cul-de-sac de Douglas rempli par 300 grammes environ de caillots foncés.

Les annexes gauches sont congestionnées; ovaire scléro-kystique, le pavillon a son orifice parfaitement libre.

En conséquence, ablation des seules annexes droites, y compris le ligament rond du côté droit qui a fait corps avec la masse annexielle.

Surjet sur le ligament large de façon à enfouir les moignons et à raccourcir les ligaments. Le cul-de-sac de Douglas est vidé de ses caillots; l'ovaire gauche ponctionné au thermo en cinq endroits; drainage abdominal du cul-de-sac de Douglas; fermeture de la paroi en trois plans; suites normales.

*Pièces.* — L'ovaire est de taille normale, adhérent à la tumeur salpingieune. Celle-ci est du volume d'une grosse mandarine (fig. 5 et 6).

L'insertion de l'œuf est isthmique, ce qui ne l'empêche pas de remplir la cavité de la trompe et de se présenter au pavillon.

Le pavillon est dilaté de façon à présenter un orifice grand comme une pièce de 2 francs. Par cet orifice masqué primitivement de caillots, l'œuf fait saillie (fig. 2).

Tout autour du pavillon et faisant par rapport aux franges comme un second pavillon extérieur au premier, se trouvent des membranes d'apparence organisée, et qui, chez la malade, contribuent à fermer la cavité de Douglas remplie de caillots. Cette cavité, de ce fait, communique directement avec l'intérieur de la trompe.

Observation VII

Marie B..., âgée de 26 ans; entrée dans le service le 16 mars 1910.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 13 ans, mariée à 17 ans.

1re grossesse à 19 ans, garçon à terme, vivant.
2e grossesse à 20 ans, fille à terme, vivante.
3e grossesse à 21 ans, fille morte à 2 mois.
4e grossesse à 25 ans, avortement de 2 mois 1/2. Hémorragie importante; pas de température, 1 mois 1/2 de séjour au lit pour douleurs dans la jambe droite faisant craindre une phlébite.

Depuis cet avortement (janvier 1909), la malade continue à souffrir du ventre particulièrement au moment de ses règles et surtout du côté droit. Elle a des douleurs irradiées dans la cuisse droite. Ses règles restent régulières jusqu'à fin janvier 1910. Fin février la malade attend ses règles qui arrivent seulement le 7 mars. Ces règles sont douloureuses surtout du côté droit. Le 14 mars, douleurs violentes dans l'abdomen, toujours du côté droit; la malade dont les règles étaient terminées perd de gros caillots en abondance.

Le 16 mars, entrée de la malade dans le service de chirurgie. Douleurs vives dans l'abdomen, du côté droit; pertes sanguines peu abondantes.

Le palper combiné au toucher montre une masse volumineuse à droite de l'utérus; col ramolli.

Température : environ 38°.

Pouls assez faible, rapide, 120 à 130 pulsations. Application de glace sur l'abdomen et injections chaudes.

Examen le 19 mars :

Percussion : matité de 4 travers de doigts au-dessus du pubis.

Col haut placé, ramolli; orifice petit regardant directement en bas.

Cul-de-sac antérieur : masse du volume du poing environ, dure, paraissant correspondre au corps utérin en auto-flexion.

Cul-de-sac postérieur, très haut placé, exploration difficile, rien d'anormal.

Cul-de-sac latéral droit, empâté, un peu douloureux.

Cul-de-sac latéral gauche, plus libre.

Au palper et toucher combinés, on constate un empâtement considérable correspondant aux annexes du côté droit.

Du 20 au 23 mars, douleurs abdominales moins vives; suppression de la glace. Léger suintement sanguin continuel à la vulve. Rétention d'urine. On est obligé de sonder la malade. A la palpation, la douleur persiste dans le côté droit du bas-ventre.

Le 28 mars, nouvel examen. Le col est plus mobile. Empâtement du cul-de-sac postérieur plus facile à explorer qu'auparavant.

Cul-de-sac antérieur, masse moins grosse, douleur assez vive lorsqu'on repousse en haut le col et qu'on laisse la masse abdominale dans le fond utérin.

Cul-de-sac latéral droit : idem.

*Opération* le 29 mars 1910.

Incision ombilico-pubienne. A l'ouverture du péritoine, on trouve un demi-litre environ de *sang en caillots* soit dans le péritoine, soit dans le petit bassin. La partie supérieure du péritoine ne paraissant pas envahie par le sang on la protège par des compresses. Les caillots masquant les organes du petit bassin sont enlevés à la main; l'hémorragie vient des annexes droites; les annexes gauches sont adhérentes; le pavillon de la trompe semble fermé.

Hystérectomie abdominale totale. L'utérus, les annexes et la grossesse extra-utérine sont enlevés en bloc. Le petit bassin est débarrassé autant que possible de ses caillots.

Drain vaginal; pas de drain abdominal.

*Pièces.* — Grossesse extra-utérine de la trompe droite ayant donné une hémorragie de moyenne abondance, localisée dans le petit bassin. Le sang est en totalité transformé en caillots; les adhérences de l'utérus, des annexes, de l'intestin et des parois constituaient un début d'hématocèle, sans toutefois présenter la néo-enveloppe, la paroi propre qui n'avait pas encore eu le temps de se constituer.

Utérus mou, muqueuse épaisse recouverte d'un léger enduit de sang. Au microscope, pas de caduque, mais un épithélium présentant des caractères de métrite et une muqueuse infiltrée de sang.

Annexes gauches volumineuses; ovaire scléro-kystique, trompe adhérente enveloppée de caillots sanguins anciens; le pavillon est fermé par recroquevillement des franges sur elles-mêmes; l'épithélium de la trompe offre les caractères de salpingite : il est cubique; partout il est en place.

Annexes droites : ovaire scléro-kystique.

*Trompe.* — La grossesse tubaire siège dans la moitié externe de la trompe. Celle-ci est enveloppée de caillots qui y adhèrent; elle apparaît non rompue et présentant un pavillon ouvert.

Le pavillon est augmenté de volume; les franges épaisses et bourgeonnantes : son orifice comme préparé à un accouchement prochain, présente le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, ou y introduit facilement le petit doigt.

L'œuf a le volume d'un œuf de poule dont la grosse extrémité regarde le pavillon.

L'insertion sur la muqueuse de la trompe est résistante. Son point d'implantation paraît être à la partie inférieure de la trompe et c'est, en effet, à ce niveau que la paroi de celle-ci paraît le plus mince.

Le volume et la disposition de la trompe sont normaux dans sa moitié interne, ce qui explique que l'hémorragie se soit faite en même temps par l'utérus et par le pavillon.

Observation VIII

Renée P..., âgée de 21 ans; entrée dans le service le 14 mai 1910.

*Antécédents personnels.* — Réglée à 13 ans. Grossesse à 19 ans : un enfant à terme, vivant; suites de couches normales. Réglée très régulièrement.

Depuis 3 mois, pertes jaunes, tachant le linge, très abondantes, vaginite très nette; aucun signe d'uréthrite. En avril dernier, métrorragie abondante durant 15 jours. En même temps douleurs violentes dans le côté gauche de l'abdomen.

A l'*examen*, utérus normal, col plutôt mou; culs-de-sac antérieur et latéral droit libres. Culs-de-sac latéral gauche et postérieur donnant au toucher la sensation d'une masse volumineuse aux dépens des annexes gauches.

Le *palper* combiné au toucher montre que la masse annexielle gauche est douloureuse; son volume est à peu près celui d'une orange; deux jours plus tard, le 16 mai, nouvel examen.

Col rejeté à droite, regardant directement en bas, orifice large, lèvres molles.

Cul-de-sac postérieur rempli par le col qui gène le toucher.

Cul-de-sac latéral gauche occupé par une masse volumineuse se confondant avec l'utérus, le repoussant du côté droit. Cette masse paraît remonter jusqu'à une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le *palper combiné* au toucher montre une masse du volume d'une grosse orange, immobile, douloureuse; les parois ne sont pas dures, mais tendues.

*Opération* le 17 mai.

Incision ombilico-pubienne. Adhérence du grand épiploon, dont l'extrémité plonge dans le cul-de-sac de Duglas, coincé entre l'intestin et les annexes. Liquide louche, dont on fait une prise à la pipette.

Toutes les adhérences sont intimes; on doit sectionner l'extrémité du grand épiploon.

L'S iliaque est étroitement fixé à la masse des annexes gauches; il en est séparé à petits coups de ciseaux.

On constate alors que la grosse masse remplissant la fosse iliaque gauche est formée par les annexes très volumineuses, ainsi que par le ligament large et le ligament rond très adhérents.

La trompe paraît avoir enveloppé l'ovaire de dehors en dedans, de haut en bas, pour venir par son pavillon plonger dans le cul-de-sac de Douglas.

La main est glissée dans ce cul-de-sac et essaie de libérer les annexes gauches de bas en haut : à ce moment sort du Douglas du pus jaune, épais, d'apparence gonococcique.

Une ponction au centre de la tumeur ne donne qu'une petite quantité de sang.

Hystérectomie totale, très facile à droite, rendue délicate à gauche par l'épaisseur considérable de tous les ligaments.

Cet épaississement se continue fort loin dans tout le côté gauche du petit bassin.

Gros drain vaginal.

Résection épiploïque.

*Pièces.* — La pièce regardée par la face postérieure présente l'aspect suivant :

Une grosse masse constituée par les annexes gauches et les fausses membranes qui les enveloppaient et faisaient communiquer la trompe avec le cul-de-sac de Douglas.

L'ovaire, du volume d'une mandarine, est enveloppé par la trompe même.

La trompe doublée d'adhérences, a le volume de 4 doigts réunis. Le tissu des fausses membranes est épais, lardacé.

On ouvre la trompe au-dessus de son pavillon et on constate que les franges de celle-ci sont en partie recroquevillées sur elles-mêmes et hypertrophiées laissant toutefois ouvert l'orifice externe. Il ne reste dans la trompe que des débris de l'œuf; ils sont adhérents à la partie moyenne.

L'ovaire est triplé de volume.

A droite l'ovaire est scléro-kystique; la trompe a des franges épaissies ecchymotiques.

---

*CONTES POUR LES MÉDECINS*

# L'APHRODISIAQUE [1]

NOUVELLE

Par le Dr Lucien NASS

Le vieux M. Gérenflot est amoureux.

— A son âge? Malgré ses soixante ans sonnés?

— Parfaitement : et, qui pis est, d'une adorable jeune femme, en puissance de mari, et vertueuse comme une Madone. Quand vieillesse s'en mêle...

C'est vous dire si M. Gérenflot perd son temps et son argent en cadeaux de toutes sortes, bouquets, bibelots, bonbons, qui sont acceptés avec reconnaissance, mais sans aucune arrière-pensée de payer de retour le galant généreux.

Il a ses grandes et ses petites entrées chez la belle, car c'est un antique ami de la famille et on le considère de la maison Le mari voyage souvent, que pourrait-il mieux faire que de confier sa femme à ce bon M. Gérenflot, un père, un grand-père, pour cette délicate poupée aux cheveux cendrés et aux yeux de pervenche? Mais comme il en abuse, le vieux satyre! Sitôt que l'époux a le dos tourné, il assiège la douce Yvonne de déclarations brûlantes; il lui vante le goût délicieusement poivré du fruit défendu, lui promet, si elle consent à l'ivresse de ses caresses, de paradisiaques félicités...

— Pfuitt! fait l'espiègle dans un rire perlé, accompagné d'un superbe pied de nez.

— Yvonne! je vous en supplie, écoutez-moi...

Et le vieux recommence ses litanies : il l'aime, il l'adore, il ne veut qu'elle, etc.; qu'elle vienne seulement près de lui, sur ce canapé propice, et elle le rendra le plus heureux des hommes. Déjà, sa main tremblante s'accroche aux jupes, ses lèvres cherchent gloutonnement à se poser sur ce visage rose.

— A bas les pattes, polisson! Fi, à votre âge!

Une douche glacée n'eût pas mieux interloqué M. Gérenflot. Est-il donc si décati, si laid? Il s'interroge devant la glace : ses favoris gris lui donnent un air de vieux magistrat, aucun cheveu ne manque à l'appel, l'œil est encore vif, et le cœur, — ah! le cœur! — est plus tumultueux, plus ardent, plus jeune qu'à vingt ans...

Hélas! la petite ne veut rien savoir, mais là, rien, car ce n'est pas avec un sexagénaire, — bien conservé, soit, mais après tout, archi-mûr, — qu'elle tromperait son mari, un solide gas de trente ans à peine, bien découplé, au torse musclé, à la bouche fraîche, et qui a su conquérir sa femme par des arguments irrésistibles. Aussi l'aime-t-elle, cet heureux époux en honnête femme, en reconnaissante amoureuse.

La passion de M. Gérenflot risque donc fort de devenir une passion blanche. Il désespère de trouver le chemin de ce cœur impitoyable quand, soudain, surgit en son cerveau une idée qu'il qualifie aussitôt de

lumineuse. Il a entendu parler, autrefois, de drogues, de philtres, d'aphrodisiaques en un mot, qui mettent à la merci des hommes les femmes les plus rebelles. Il croyait bien alors, qu'il n'aurait jamais besoin de recourir à d'aussi fallacieux artifices. Mais puisque la cruelle l'y oblige, tant pis pour elle, il n'hésitera pas.

Après s'être discrètement enquis d'un homme de l'art compétent en pareille matière, il s'adresse à un charlatan, qui, mettant à profit de vagues connaissances médicales acquises au cours de dix ans d'une scolarité orageuse, exerce illégalement la médecine, car il n'a jamais pu franchir le pont aux ânes de l'école : l'examen d'anatomie. Qu'importe, la fortune lui sourit sur le tard, à cet exploiteur de la crédulité publique, dont le nom s'étale orgueilleusement dans toutes les pissotières de la capitale. Sa spécialité? Rend la force aux epuisés, la virilite à ceux qui l'ont perdue, par le fameux « Elixir de Vénus », dont il est le seul à connaître le mystérieux secret.

— Elixir de Vénus ! s'est dit M. Gérenflot, voilà mon affaire, non pas pour moi qui, Dieu merci... mais pour la froide Yvonne dont ce divin médicament va réchauffer le tempérament.

Il court donc chez le marchand d'orviétan, qui, flairant une poire juteuse, lui tient ce langage ahurissant :

— Ce flacon, monsieur, renferme toutes les joies de la terre et du ciel. Le Dr Faust eût vendu une seconde fois son âme au diable pour le posséder... Amour, amour immatériel et matérialisé, chair de toutes les femmes, voluptés insatiables et désormais assouvies, vous êtes là ! Je vous tiens dans mes mains !... C'est cent francs, monsieur.

— Hum ! fit M. Gérenflot.

Et fouillant dans son gousset :

— Au moins me promettez-vous...

— L'ivresse? Vous l'aurez !

— Vous ne me comprenez pas. Ce n'est pas pour moi, cet élixir, mais pour une dame qui... que...

— Qui ne marche pas? Je vois ce que c'est, Il vous faut alors mes dragées de Calypso : c'est cent francs de plus, monsieur.

Rien n'était trop cher pour M. Gérenflot, du moment qu'on lui assurait l'amour de la belle. Il acheta donc les bonbons du charlatan qui trouva même moyen de lui vendre, dix fois son prix, un banal drageoir, assez semblable aux pièces de vaisselle des tirs aux macarons. Ainsi lesté de son philtre et délesté de son argent, le galantin attendit l'occasion propice.

Elle ne tarda pas. Le mari d'Yvonne partit pour une tournée de plusieurs jours, confiant sa femme, comme d'habitude, aux petits soins de l'hypocrite sexagénaire.

Le lendemain, M. Gérenflot joue le grand jeu. De l'air le plus innocent du monde, il offre ses bonbons à Yvonne qui, les trouvant fort bons, en croque au moins une demi-douzaine.

— Mais goûtez-les donc, papa Gérenflot, Pourquoi n'en voulez-vous pas? Serait-ce que, par hasard... vous voudriez m'empoisonner?

Et riant comme une petite folle à cette idée saugrenue de papa Gérenflot assassin, elle lui plaça d'un joli geste gracieux, une dragée dans la bouche, puis une autre, puis un autre...

Le vieux, désarmé, se laissait faire. Après tout, ils ne lui feraient pas de mal, ces bonbons, et qui sait si tout à l'heure il ne sera pas heureux de sentir leur bienfaisant coup de fouet?

Car, le fait était évident, le charlatan n'avait pas menti, le charme opérait ; Gérenflot sentait sa poitrine se gonfler de désirs, ses veines charriaient du feu, sa gorge était sèche. De son côté Yvonne cédait, sans s'en douter, à l'empire de la drogue. Son regard s'alanguissait, se troublait, ses mains fiévreuses étaient agitées d'un léger tremblement, sa parole s'altérait, de temps à autre, le nuage d'un vertige passait devant ses yeux. Dans un instant, Gérenflot sonnera l'hallali de la victoire !

Il devient plus pressant, et n'est pas repoussé ; il ébauche une timide caresse : le corps d'Yvonne frémit tout entier, comme un peuplier qui bruit au souffle du vent. L'amoureux va demander un baiser qu'on n'osera plus, cette fois, lui refuser, quand dzing ! dzing ! on sonne à la porte.

— Deux coups ! c'est mon mari, c'est Octave !

Et la blonde énamourée court au devant de son époux et maître, sautant à son cou, l'entourant de ses bras.

— Toi? Comment? Déjà?

Le voyageur s'explique : une correspondance manquée, un train raté, tout l'itinéraire à refaire. Il a préféré rentrer de suite. Sa femme bat des mains :

— Quel bonheur ! Justement, j'avais fait préparer un petit dîner fin pour bon papa Gérenflot qui avait accepté de me tenir compagnie ce soir. Nous serons tous trois en famille. La fête sera complète !

Pas pour le pauvre Gérenflot, hélas ! qui voit s'écrouler son rêve si péniblement échafaudé. Car l'inconstante Yvonne, en présence de son robuste mari, s'est ressaisie. Le philtre opère toujours, et c'est l'heureux Octave qui recueillera ce soir le fruit délicieux des voluptés licites.

Et le pis est que l'aphrodisiaque continue aussi ses effets sur le galantin, pris à son piège, comme le renard de la fable. Brûlant d'une fièvre croissante, il est contraint d'assister, en témoin, aux caresses dont l'ardente Yvonne couvre son mari, enchanté d'un tel accueil. Ah ! il voudrait bien s'en aller, M. Gérenflot ; comme le dîner lui semble long ! La dernière bouchée avalée, il prend congé, on ne le retient pas... et pour cause.

Il passa la nuit à courir les brasseries et les mauvais lieux. Quelle nuit de déboires ! Au lieu de l'idéale créature qu'il rêvait d'enlacer et qui devait le conduire au septième ciel, rien que des femmes vénales, marchandant leurs sourires, épiant l'heure de l'entôlage !

Le lendemain, par habitude, il retourna chez ses amis. Il attendait patiemment Yvonne dans le salon, lorsque son regard s'arrêta sur une petite étagère ; le drageoir y figurait en bonne place, comme une relique d'art : il était vide. Les époux avaient croqué le reste des bonbons...

## COMMENT TRAITER LA NEURASTHÉNIE

Par le Docteur RAGAINE

Le médecin praticien a souvent à soigner des neurasthéniques, et dans bien des cas son traitement est inefficace. Les symptômes vagues décrits par le nerveux le font fréquemment prendre pour un malade imaginaire et la thérapeutique qui lui est conseillée est presque toujours illusoire : médication psychique, hydrothérapie, parfois même admonestations car le docteur ne constate aucune lésion ni aucun trouble de l'organisme.

Cependant, le neurasthénique souffre réellement, c'est un malade qui mérite tous nos soins ; ne pas prendre au sérieux son affection, c'est l'éloigner de la Faculté et l'inciter à consulter les charlatans.

Il n'est pourtant pas impossible de guérir le neurasthénique, et si les traitements auxquels on a recours habituellement ne donnent que des résultats très médiocres, c'est qu'on oublie généralement ce que c'est que la neurasthénie pour n'en soigner que les symptômes.

La neurasthénie signifie, étymologiquement parlant, la *fatigue nerveuse*. C'est la *maladie de la fatigue*.

Un clinicien de haute valeur, le Dr Hartenberg, s'exprime ainsi dans son livre *la Psychologie des neurasthéniques :*

« La fatigue, lorsqu'elle existe chez le sujet sain n'est qu'un phénomène passager, consécutif au travail et à l'effort, et qui disparaît par le repos et le sommeil. Mais chez le neurasthénique, il n'en est plus de même. Ici, la fatigue s'installe à demeure, ne disparaît jamais, accompagne sans cesse les sensations cénesthésiques, alourdit de son poids toutes les fonctions corporelles, toutes les opérations, tous les mouvements, tous les gestes.

La fatigue musculaire est en réalité composée de trois éléments :

1° Une diminution de l'énergie musculaire se traduisant par l'affaiblissement de la contraction du muscle;

2° Un épuisement rapide de cette énergie musculaire déjà diminuée, en sorte que le moindre travail, le plus léger effort absorbent jnsqu'au bout cette pauvre réserve d'énergie, et laissent le sujet vidé et anéanti.

3° Enfin une lenteur exceptionnelle de la restauration de cette énergie musculaire, en sorte que le sujet demeure beaucoup plus longtemps sous le coup de son accablement, et ne récupère que dans un délai très long la force nécessaire pour fournir un nouveau travail.

Ces conditions de la fatigue musculaire sont nettement démontrées par les épreuves ergographiques.

La fatigue éprouvée par les neurasthéniques est profonde et permanente. Le malade sent continuellement ses muscles lourds, ses membres pesants. Tout son corps est écrasé par un accablement qui courbe son dos, voûte ses épaules, affaisse sa taille, affaiblit ses jambes. A la face même, il sent la fatigue qui fait peser ses paupières sur les globes oculaires, laisse tomber ses joues amollies le long des maxillaires. Même à l'état de repos, sans rien faire, le neurasthénique déploie déjà un effort pour tenir son corps droit, lever la tête, ouvrir les yeux. Quelquefois même, cette fatigue va jusqu'à la courbature générale, devient franchement douloureuse. La rachialgie, décrite par Charcot comme nn stigmate neurasthénique, n'est que la courbature douloureuse des muscles du dos, épuisés par l'effort continu de redresser la colonne vertébrale contre les lois de la pesanteur.

Telle étant la condition du neurasthénique à l'état statique, dans l'immobilité de l'équilibre, on pressent ce qui va se passer dans les états dynamiques, lorsqu'il doit se mouvoir, se déplacer, agir. Alors la lassitude, l'accablement redoublent. Tout acte, toute démarche devient pénible, exige un effort dont l'organisme est aussitôt épuisé. Une promenade, une montée d'escalier anéantissent le sujet : il apparaît les yeux creux, le teint bistré, les traits tombants, malgré qu'il se soit assis de place en place, pour prendre un peu de repos. Beaucoup de femmes neurasthéniques sont presque incapables de tenir les bras levés pour chercher un objet sur le rayon élevé d'une armoire, suspendre du linge, édifier leur coiffure. Et lorsqu'elles y parviennent, non sans peine, elles doivent, après leur toilette, se reposer durant une heure, pour restaurer en partie leurs forces usées. »

***

Traiter les symptômes tels que douleurs et névralgies, céphalées, insomnies par des calmants et des stupéfiants est des plus dangereux, car pour obtenir une amélioration passagère et fugitive, on augmente l'asthénie des malades et partant leur fatigue. Ce qu'il faut traiter, c'est donc cette asthénie, c'est augmenter leur potentiel nerveux.

On ne peut y arriver par des excitations factices (boissons stimulantes, soirées, jeux) qui ne font que leur faire dépenser rapidement la réserve d'énergie de leur système

nerveux et les laisse ensuite dans un état de dépression plus grand.

Le Dr Hartenberg écrit : « Combien de neurasthénies ont été *aggravées* par des douches glacées en jet trop brutal? Combien ont retiré de la kola, de la coca, des vins toniques les *pires résultats*? Combien, sous prétexte de distractions, sont envoyées en des villégiatures d'où ils reviennent plus *déprimés* que jamais. »

La suralimentation n'est presque jamais possible. Tous les neurasthéniques se plaignent de troubles digestifs qui sont en rapport le plus souvent avec une dilatation de l'estomac (Bouchard), une entérite mucomembraneuse ou une ptose abdominale généralisée. Cet état décrit par Glénard consiste, on le sait, dans la ptose de l'estomac, du gros intestin et du rein droit, parfois du foie et de la rate.

Il est aisé de le reconnaître par l'épreuve dite de la sangle qui consiste à soulever l'hypogastre des malades avec les mains, ce qui leur procure aussitôt une sensation de bien-être.

En outre, la suralimentation apporte un surcroît de travail à des organes en mauvais état et verse dans la circulation des toxines qui augmentent l'intoxication générale de l'organisme et en particulier du système nerveux.

Nous avons expérimenté depuis quelques mois une médication nouvelle basée sur l'opothérapie sanguine qui nous a donné dans tous les cas des résultats absolument convaincants.

Nos neurasthéniques ont pris pendant quatre mois du globéol à chaque repas avec un repos mensuel de dix jours. On sait que le globéol n'est autre que l'extrait protoplasmique total des globules sanguins associé à du fer colloïdal et à du manganèse colloïdal.

Cet extrait protoplasmique contient toute la pulpe de l'hématie avec ses oxydases, ses catalases, ses anti-toxines et ses ferments vivants.

Tout d'abord, il augmente rapidement la richesse pigmentaire et la teneur en hémoglobine des globules rouges dont la qualité et la quantité se trouvent décuplées.

Mais son action toute spéciale réside dans les ferments vivants qu'il contient et qui constituent pour l'organisme un tonique très particulier semblant élever le potentiel nerveux du malade et dont l'action ne peut se comparer qu'à celle de la kola. Le fer colloïdal et le manganèse colloïdal augmentent encore l'action catalytique du globéol.

On sait toute l'activité des produits colloïdaux. Le platine colloïdal ne détermine-t-il pas la décomposition de l'eau oxygénée à raison d'un gramme de métal dans 70 *millions* de litres d'eau?

C'est pourquoi le Dr Noé, dans sa communication à l'*Académie de médecine* du 7 juin 1910 déclarait : « C'est également à titre de catalytique, c'est-à-dire d'excitateur des phénomènes chimiques intracellulaires, que se recommande le globéol. Il représente un véritable ferment métallique, capable de suppléer à l'insuffisance des oxydases naturellement contenues dans le protoplasma. »

Il faut, en outre, se rappeler que les neurasthéniques sont tous des anémiques. « Lorsqu'il se produit une altération de l'hémoglobine et particulièrement un appauvrissement de sa teneur en fer, dit le professeur Lemoine, les éléments intimes des tissus sont en souffrance et les premiers à en subir les conséquences sont les éléments les plus sensibles, c'est-à-dire les cellules nerveuses. »

Il est certain que le globéol permet d'obtenir d'un sang plus riche une oxydation plus active des tissus qui ne contribue pas peu à rétablir l'organisme.

De fait, la neurasthénie ne résiste pas au globéol et j'ai vu de nombreux cas de guérisons rapides et sans récidives.

Beaucoup de médecins ont rapporté des faits analogues. Le Dr Crucéanu est très affirmatif à ce sujet. Le Dr de Messimy relate dans une observation relative au globéol : « L'appétit qui était nul ou capricieux est revenu ainsi que les forces, le sommeil qui était agité est maintenant calme et réparateur, l'essoufflement a presque disparu et l'abattement a fait place à un certain bien-être ».

Nous pourrions citer beaucoup de cas analogues. Ils prouvent tout l'efficacité de cette médication opothérapique.

Dr Ragaine.

# LES MÉDECINS DES RÉSERVES

Par le Dr Antonin Baratier

*(Suite)*

Le « Ruban Rouge » est la question qui tient le plus au cœur des officiers de complément en général et des médecins des réserves en particulier.

Comme au sujet de l'obtention des galons, j'ai reçu de très nombreuses lettres au sujet de l'attribution des croix de la Légion d'honneur à nos camarades de l'armée de seconde ligne.

Or, j'ai été à même de constater encore une fois qu'un très grand nombre de médecins des réserves, même pourvus de trois ou quatre galons, ne connaissaient que très imparfaitement cette question des décorations.

La loi est pourtant fort explicite; chose très rare, elle est très compréhensible, et chose bien plus rare encore, elle est juste, normale et rationnelle. Sa teneur est simple :

Tout officier de réserve ou de territoriale peut, à vingt-cinq ans de services, être proposé pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

De là à croire qu'après vingt-cinq ans de service, on est de droit fait légionnaire, il n'y a que l'épaisseur d'un ruban... Mais, Musset l'a déjà dit, il y a loin de la coupe aux lèvres... et un abîme gigantesque existe entre le texte de la loi et la poitrine de l'officier de complément, quel qu'il soit, qui attend sa croix.

1° D'abord, il faut lire le texte légal et surtout lire entre les lignes. Par *vingt-cinq ans* de service révolus, il faut bien tenir compte de ceci: on peut être proposé pour la croix quand on est *officier* depuis vingt-cinq années révolues... C'est-à-dire que le temps passé sous les drapeaux comme soldat de 1re ou de 2e classe, ne sert à rien; ne sert à rien non plus le temps passé dans l'armée comme médecin auxiliaire... même avec une ou deux périodes de 28 ou 21 jours à la clef! *Seul* doit compter dans ces vingt-cinq années révolues, le temps compris depuis le jour où l'on a été nommé médecin-aide-major de seconde classe... Quand on a porté l'uniforme d'officier pendant vingt-cinq années, alors, mais alors seulement, on peut être proposé pour la croix.

Ceci étant compris, passons à la ligne suivante : 2° *On peut* être proposé... Or, entre *être proposé* et *être décoré*, il se trouve encore un abîme!

Toutes choses étant régulières (périodes accomplies, discipline parfaite, zèle, dévouement, amour du métier, etc., notes excellentes des chefs militaires et des chefs hiérarchiques), à la fin de l'année où le médecin de réserve ou de territoriale arrive à ses vingt-cinq ans de services effectifs, on dresse, dans chaque direction, une liste de médecins susceptibles d'être décorés; cette liste, qui peut comprendre plusieurs noms, va de chez le médecin-inspecteur à la Direction du Corps. Là, le général commandant le corps d'armée examine ces noms, les cote selon leur mérite et finalement présente un ou deux noms (souvent pas un seul) pour la croix. Cette liste est envoyée à Paris, au ministère, au 7e bureau, et là, après un nouvel examen fait sur toutes les listes envoyées par les vingt corps d'armée, le Conseil supérieur de santé ou les médecins-inspecteurs généraux, prennent d'habitude les vingt ou vingt-cinq premiers noms figurant sur ces vingt listes (c'est-à-dire un ou deux sur chaque liste de corps d'armée), et ce sont ces noms qui alors, *seuls*, figurent sur le tableau de concours de la Légion d'honneur. Arrive le 14 juillet ou le 1er janvier. Sur ces listes, au choix et non par rang d'ancienneté, on choisit les noms de ceux qui seront décorés... et qui le sont le plus souvent le lendemain. Or, comme il y a tous les ans deux tableaux de concours (soit quarante noms inscrits) et que chaque promotion ne comprend en moyenne que dix, douze ou quinze élus, il reste une *queue* : cette queue de non-promus figure généralement en tête du tableau suivant et passe d'habitude avant les nouveaux inscrits.

De plus, il est loisible à M. le Ministre ou à qui de droit, de rayer un candidat à la croix inscrit au tableau de concours (pour motifs très graves).

Donc, vingt-cinq ans de services, plus trois ou quatre ans de proposition, plus *un* an au minimum d'inscription au tableau de concours = vingt-huit ou vingt-neuf ans de service; si on a été nommé aide-major de 2e vers les vingt-six ou vingt-huit ans, temps moyen, on ne peut mathématiquement être décoré avant l'âge de cinquante-six ans.

Et ces heureux mortels peuvent se considérer comme favorisés par le sort. Car... il y a des quantités d'anicroches à la clef.

La loi dit qu'à vingt-cinq ans de service on peut être proposé pour le ruban rouge... *On peut* ne veut pas dire *on est*, car alors que l'obtention du grade est un droit, la décoration est une faveur... sans jeu de mot.

Forcément, après un temps plus ou moins long, on passe major de 2e ou de 1re ou principal; c'est, comme on l'a vu dans les tableaux publiés dans ma dernière chronique de la *Gazette Médicale de Paris* du 15 novembre dernier, presque automatiquement qu'ont lieu les promotions; c'est, je le répète, un droit... pourvu, bien entendu, que le médecin des réserves remplisse toutes les conditions physiques et morales indispen-

sables pour passer dans un grade supérieur.

Il n'en est pas de même avec le ruban... ce n'est pas un droit que l'on achète à la porte de la caserne en y entrant... C'est une faveur, une récompense spéciale qu'il faut mériter, gagner et obtenir au moyen de travaux spéciaux, de zèle particulier et de dévouements multiples.

Pour avoir le ruban rouge, il faut avant tout rendre des services, beaucoup de services, énormément de services; il faut faire du rabiot jusqu'à la gauche et montrer, par tous les moyens possibles, que l'on est, avant tout, *soldat*. Il va de soi que le médecin-major de 2e et de 1re qui accomplit des périodes supplémentaires, qui fait des grandes manœuvres, qui assiste aux commissions de réforme, qui fait des conférences aux troupes de sa garnison, qui remplace le médecin militaire à la caserne ou à l'hôpital, qui *vit*, en un mot, la vie active de son corps d'attache, rend de très grands services au service de santé et à l'autorité militaire; on a besoin de lui, à l'improviste on l'appelle, on est sûr de son concours bienveillant, on dispose de lui selon les nécessités prévues ou imprévues du service, il est donc naturel que ce médecin de seconde ligne soit récompensé de son zèle, de son abnégation, de son dévouement... et on le décore.

Et, dans ces conditions, nul camarade ne doit trouver à redire ni crier à l'injustice quand un tel collègue est décoré avant lui... lui qui attend au coin de son feu que les rubans lui tombent sur la poitrine alors que les autres triment, turbinent et s'esquintent pour le bien des soldats, pour la sécurité de la Patrie, pour la grandeur de la France!

Seulement ce nombre de croix attribué aux officiers de complément est trop restreint, beaucoup trop restreint, étant donné le nombre considérable d'officiers qui méritent cette distinction suprême.

Il est donné chaque année 250 croix de chevalier de la Légion d'honneur à la réserve et à la territoriale; or, il existe 60.000 officiers!

Sur ces 250 croix, *vingt* ou *vingt-cinq* au plus sont attribuées aux officiers du corps de santé.

Ce chiffre, je le répète ici, comme je l'ai maintes fois écrit dans *l'Armée Nationale* qui défend avec une âpre et rude vigilance nos droits et nos revendications militaires, n'est nullement en harmonie avec le nombre des médecins de seconde ligne qui, appelés à la peine, ont le droit de figurer à l'honneur!

Douze croix au 14 juillet, douze croix au 1er janvier sont des récompenses nullement en rapport avec les services que rendent en temps de paix nos camarades des réserves.

Or, chose aussi triste que cruelle à dire, ces vingt croix ne nous reviennent pas complètement.

Je m'explique :

Nombreux sont les médecins militaires qui quittent l'active avant l'âge de la retraite légale et qui, après quelques années, sont décorés au titre de la réserve ou de la territoriale, c'est-à-dire après vingt-cinq ans de services révolus, mais services comptés, cette fois, dès leur entrée dans la carrière, Ecole de Santé de Lyon, en l'espèce. D'où trois ou quatre croix à déduire à chaque promotion, soit sept en moyenne annuellement.

Plus nombreux sont encore nos grands maîtres de la Faculté de Paris ou d'ailleurs, les professeurs dans les écoles secondaires, les médecins ou chirurgiens des hôpitaux, les ceci ou cela de droite ou de gauche qui, n'ayant pu obtenir la croix au titre civil, se la voient décerner au titre militaire... d'où six croix en moyenne qui nous passent sous le nez. 7 et 6 = 13.

Restent, en réalité, huit ou dix rubans rouges annuellement pour le commun des mortels!

C'est absolument dérisoire et insuffisant... et, il y a là une immense lacune à combler.

Nous donnons sans marchander notre temps, notre jeunesse et notre argent; nous restons sous les drapeaux jusqu'à 65 ans... c'est-à-dire tant que nous sommes valides; nous faisons plus que quiconque... et, je le répète, on nous oublie!

Chaque promotion devrait comprendre vingt-cinq croix de chevalier de la Légion d'honneur exclusivement attribuées aux médecins de la réserve et de la territoriale, soldats de seconde ligne; nos camarades de l'active retraités ou démissionnaires devraient avoir un contingent de croix spécial et spécialement réservé à eux seuls; ce serait logique et légal.

Quant à nos maîtres, grands ou petits, les ministères de l'Intérieur et de l'Instruction publique ont assez de rubans rouges à leur disposition pour récompenser leurs services.

J'ai oublié, volontairement, de parler de la *rosette* d'officier de la Légion d'honneur.

Chaque année, on en donne cinq.

Mais, chers confrères et très honorés camarades, nous sommes à ce point de vue comme le renard du brave La Fontaine :

Nous n'en avons que le regard !

Et maintenant je termine ces trop longues chroniques par un conseil.

Nombreux sont nos camarades des réserves qui sont véritablement lésés... et qui sont lésés par leur faute. A ceux-ci, à ces isolés, j'ai à leur dire : Unissons-nous, tendons-nous la main, serrons les coudes et, sous les plis du drapeau de notre chère patrie, nous obtiendrons une justice plus équitable et une législation plus large.

Il existe depuis six ans une *Union Fédérative des Médecins de Réserve et de Territoriale*: c'est à cette Union fédérative que nous devons déjà beaucoup d'amélioration à notre sort; c'est à elle que nous devons confier nos intérêts... Allons encore plus nombreux vers elle, tous elle nous accueillera avec bienveillance et fierté et ce que, isolément, nous ne pouvons faire, l'U. F. M. R. T. le fera au nom du Droit, de la Justice et de l'Equité.

L'Union Fédérative compte mille adhérents aujourd'hui... C'est dix mille médecins militaires qui demain doivent s'unir sous son égide!

U. F. M. R. T.!

*In hoc signo vinces...* (1).

Dr BARATIER.

(1) Notre camarade Lucien GRAUX, directeur de la *Gazette Médicale de Paris* étant membre du Conseil de l'U. F. M. R. T., transmettra très volontiers tous renseignements sur l'association.

# REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

**Néphrite due à l'aspirine.**

Packard (*Brit. Jour. of children's diseases*, vol. V., n ° 8), publie le cas d'un enfant de quatre ans, auquel furent prescrits cinq granules d'aspirine toutes les quatre heures pour combattre une amygdalite rhumatismale.

La fièvre disparut après deux doses, mais l'état du malade s'aggrava. Il était somnolent, il avait de l'œdème de la face et des malléoles, l'urine était rare et sanguinolente, et renfermait de nombreux globules sanguins et des cellules épithéliales des reins.

La suppression de l'aspirine, quelques bains chauds, suffirent au rétablissement du petit malade. Dans l'espace d'une semaine, l'urine redevint normale, et, pour déterminer si la néphrite était due au médicament ou à l'amygdalite, on lui fit prendre cinq autres granules d'aspirine. L'urine ne fut pas aussi rouge que la première fois, mais elle renfermait pourtant des albumines, des cellules sanguines et d'épithélium rénal et ce n'est que six mois plus tard que l'urine redevint normale.

Ce fait n'est pas isolé et nombre d'expérimentateurs ont observé des cas analogues. On ne saurait trop recommander l'examen des urines de tout malade à qui on prescrit l'aspirine et, en cas d'albumine, d'ordonner l'urodonal qui, non seulement, est d'une innocuité absolue, mais qui présente l'avantage d'être un diurétique excellent. Son action est d'ailleurs autrement puissante.

Il est intéressant de rapprocher ce mémoire des recherches expérimentales sur l'aspirine, par les Drs A. Christone et F. Lapresa (*Arch. di farmacologia* 1909, n° 2).

Les auteurs ont constaté que l'aspirine produisait *dans tous les cas* une irritation rénale (un peu d'albumine, cylindres, cellules épithéliales). Toxicité assez élevée. MM. Christone et Lapresa concluent en conseillant de bien avoir soin d'examiner l'état des reins avant de prescrire ce médicament.

**Diagnostic du paludisme latent** par le Dr PLEHN, (*Munch. Med. Woch.*)

L'auteur distingue, dans le paludisme latent, trois périodes :

1° *Une phase primaire*, comprise entre l'époque la plus ignorée de l'affection et le premier accès de fièvre. Elle peut durer plusieurs mois et même une année chez les personnes soumises à la prophylaxie quinique ; elle peut même demeurer ignorée, ne point aboutir à l'accident palustre aigu. Cliniquement, cette période se traduit par un nervosisme intense, des troubles digestifs, une anémie plus ou moins prononcée Ces symptômes ont été interprétés comme des phénomènes d'acclimatement. Ils semblent ne point exister dans les régions tropicales salubres.

2° *Une phase de latence intermédiaire*, qui est mieux connue. Elle comprend la période comprise entre les manifestations palustres aigues et les récidives. Elle revêt certains caractères de constance chez les individus non *quininisés*, douze à quatorze jours, trois à quatre semaines, etc. La durée est irrégulière.

Dans quelques cas, il persiste une légère anémie, de la tuméfaction splénique et hépatique On trouve des parasites actifs, seulement les premier ou deuxième jours avant l'accès. L'usage préventif de la quinine à petites doses, prises à de courts intervalles, communique une sorte d'immunité relative analogue à celle que possèdent dès leur naissance les indigènes des régions paludéennes tropicales ; dans ces cas, même chez les prophylactisés, on trouve quelquefois des parasites dans le sang, sans qu'il y ait concurremment des phénomènes morbides. Si la fièvre a cédé à une cure quinique énergique,

on trouve encore, après la disparition des hématozoaires, des amas de pigment dans les grands mononucléaires, des granulations basophiles dans les globules rouges. Ces dernières ne manquent jamais dans les pays palustres ; elles ne disparaissent qu'au retour dans les pays tempérés. S'il ne survient pas de récidive, le malade passe dans la troisième phase.

3° *Phase terminale de latence.* — Cette période dure généralement six mois chez les *quininisés* ; chez les autres, elle peut se prolonger pendant des années. Au début, les phénomènes correspondent exactement à ceux de la période intermédiaire de latence, sans qu'on puisse affirmer que l'on se trouve en présence de la période terminale ou s'il surviendra d'autres récidives.

L'auteur appelle l'attention sur un phénomène qui trahit l'empreinte palustre, même après la disparition de toutes les autres constatations : c'est *l'urobilinurie des paludéens.* On sait que l'urobiline se forme dans l'intestin par suite de la réduction de la bilirubine par les bactéries ; la veine porte la conduite dans le foie d'où elle revient en partie dans l'intestin avec la bile, dans le cas où le foie est sain ; s'il existe au contraire des troubles hépatiques, ou à la suite d'hypercholie, il se produit dans le foie un excès d'urobiline qui, directement ou par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, pénètre dans le torrent circulatoire et arrive aux reins, d'où elle est expulsée avec les urines.

L'auteur a pu vérifier souvent, en Afrique, la présence d'urobiline dans le paludisme, spécialement dans la fièvre hémoglobinurique.

Pendant la période de latence primaire, l'urobiline peut exister ou manquer. Selon toutes probabilités, l'urobilinurie est déterminée par une destruction considérable des globules rouges, qui survient dans les pays tropicaux pendant la période primaire de latence, et persiste encore durant la phase terminale en Europe, comme le prouve la persistance de l'anémie. Il semble, en outre, qu'elle corresponde à la date récente de l'infection et à sa gravité.

Sa disparition serait en quelque sorte l'index établissant la fin des phénomènes palustres.

**Tentatives de culture du bacille lépreux**, par Moses T. Clegg (*The Philippine Journ. of Sc.*).

Partant de cette idée que le bacille lépreux vit aux dépens des cellules des tissus et qu'on le rencontre très souvent dans le protoplasma de ces cellules, l'auteur s'appliqua à rechercher un organisme pouvant être cultivé et dont la constitution se rapprochât de la cellule vivante ; l'amibe, organisme protoplasmique à noyau, réalise ces conditions.

Il prépara d'abord une culture d'amibes sur le milieu préconisé par les Drs Musgrave et Clegg (agar : 20 grammes ; chlorure de sodium : 0.30 centigrammes ; extrait de bœuf : 0.30 centigrammes). On sait que les amibes se développent dans un espace de deux à dix jours, si elles se trouvent en présence de bactéries symbiotiques favorisantes. Lorsque la culture amibienne eut atteint un développement suffisant et qu'elle fut devenue plus abondante que celle des bactéries de symbiose, au lieu de renouveler la provision de ces dernières, on y ajouta des bacilles lépreux. L'examen microscopique des cultures fut pratiqué; les préparations furent colorées avec une solution chaude de fuchsine phéniquée, et recolorées par la méthode de Gabbet. On constata la présence d'un grand nombre de bacilles lépreux mêlés à un gros bacille court acidophile, en association étroite avec les amibes. Ce bacille acidophile est-il un bacille lépreux, à morphologie transformée par sa culture sur un milieu artificiel ?

De plus amples recherches sont nécessaires pour préciser la signification exacte de ce bacille. Toute tentative de culture de cet organisme dans un milieu quelconque, sans association amibienne, est demeurée infructueuse.

# Notes de Médecine clinique

### Nouveau mode de percussion palpatoire

L'index droit fléchi au niveau de son articulation phalango-phalanginienne, en extension dans ses autres segments, s'adosse par sa pulpe au médius un peu surélevé, glisse à frottement dur sur la face dorsale de ce dernier, d'avant en arrière, de dehors en dedans, puis s'en détache brusquement, comme mû par un ressort, en produisant un bruit de claquement. Il est ainsi projeté avec effort sur la région à percuter. Les nuances du son de percussion qui en résulte sont nettement perçues par l'ouïe et appréciées par le toucher. Cœur, aorte, sommets pulmonaires, rate, foie, se laissent limiter à la faveur de ces chocs pulpaires palpatoires.

### Deux nouveaux signes de sciatique

La douleur à la pression du tibia: la difficulté de croiser les jambes, le côté malade sur le genou sain fléchi à angle droit.

### Serrement de main inconscient dans le coma

Glissez votre main dans celle d'un comateux : l'ébauche d'un « shake hand » réflexe sera de mauvais pronostic.

### Bulles sanglantes de la langue au contact du sel

Le sel en nature et parfois aussi le bicarbonate de soude peuvent susciter, au contact de la muqueuse buccale, l'apparition de bulles remplies de sang. Le pourtour de la langue, sa face inférieure, les commissures labiales sont particulièrement vulnérables. Ces soulèvements bulleux ont le volume d'un pois à un haricot. Perce-t-on ces bulles, il s'en échappe du sang plus ou moins mélangé de sérosité: elles s'affaissent laissant après elles une douleur locale passagère. Les laisse-t-on se résorber, elles s'excorient et il en résulte une érosion douloureuse. C'est pendant les repas que ces bulles se forment subitement, au contact de quelque parcelle saline. Veut-on en prévenir le retour, on réduira le sel et on recommandera de n'en saupoudrer les aliments que longtemps, avant de les servir pour qu'il se trouve à l'état de dissolution réparti dans leur substance et non concrété à leur surface.

C'est là un curieux exemple de rupture vasculaire et d'hémorragie sous-muqueuse suscitée par l'hypertonisme local dû à la présence du sel.

Docteur Sabrazès.

(*Gaz. heb. des Sc. Méd. de Bordeaux*).

### Nouveau signe diagnostique des tumeurs malignes

Les éléments azotés de l'urine sont diminués dans le cancer, quand bien même le malade aurait une alimentation très substantielle: l'urée est diminuée par rapport à l'azote total, ces deux éléments, urée et azote étant tous deux en diminution alors que l'acide urique a, dans bien des cas, son taux habituel. De même, les chlorures et les phosphates sont éliminés en moindres quantités que normalement. L'excrétion de la soude est aussi inférieure à ce qu'elle devrait être. Enfin, l'urine est souvent neutre, ou même alcaline, et les phosphates alcalins sont en excès par rapport aux sels acides. Tous ces faits donnèrent à penser à M. Royle que les phosphates devaient être retenus dans les tissus, en même temps que les sels alcalins, probablement de soude, et il se dit que la formule $\frac{\text{phosphates}}{\text{acide urique}}$ devait pouvoir donner des indications au sujet de l'évolution du cancer, puisque le numérateur de cette fraction tend à diminuer dans cette affection, alors que le dénominateur reste généralement aux environs de la normale.

L'examen d'un certain nombre de malades a fortifié l'auteur dans ses prévisions. L'évaluation du rapport :

$\frac{\text{phosphates}}{\text{acide urique}}$ peut rendre les plus grands services pour aider au diagnostic des cas obscurs, surtout quand il s'agit de cancers du tube digestif ou des organes de l'abdomen, cancers qu'on a du mal, souvent, à distinguer d'un ulcère gastrique, d'une cholécystite calculeuse, de tuberculose intestinale, etc.

Dans le cancer : 1° l'acide urique est généralement supérieur à la normale; 2° le taux des phosphates est d'habitude de beaucoup inférieur à la normale chez l'individu bien portant; 3° le rapport :

$\frac{\text{phosphates}}{\text{acide urique}}$ est presque toujours de moindre valeur chez le cancéreux que chez le sujet sain, une valeur de 4 devant éveiller des doutes, surtout si elle continue à ne pas se relever, lors de plusieurs examens, et une valeur de 3 permettant de diagnostiquer à coup sûr la présence d'un néoplasme ou d'une maladie du sang.

Ces conclusions méritent d'être confirmées par des examens d'urine portant sur des sujets atteints d'autres maladies. Elles auront une valeur pratique très grande le jour où il se confirmera que le cancer est la seule affection qui donne lieu à ces constatations.

# Traitement général des Métrites

Par le Dr Marcel Sénéchal

Chirurgien assistant de la Maison départementale de la Seine

1° Faire porter à la malade une ceinture abdominale en coutil, en tissu élastique ou plus simplement une large bande de flanelle tenue en place par des jarretelles;

2° Eviter toute fatigue, repos sexuel.

3° Entretenir la liberté de l'intestin par le régime (légumes verts, pain de seigle, miel, pruneaux) par des laxatifs légers (eaux de Sedlitz, Pullna, Birmenstorff, Hunyadi Jânos, Montmirail, ou de Glauber) un verre à bordeaux le matin à jeun. Préparations à la phénol-phtaléine : tablettes à 0 fr. 15, 0 fr. 20.

Préparations à l'agar-agar qui gonflent dans l'intestin et font masse pour l'évacuation : Jubol.

Eviter tous les drastiques : aloès, podophylle, etc.; utiliser les grands lavages intestinaux pratiqués couchés avec le bock, une sonde rectale, type Châtel-Guyon, dans lesquels on versera 1 à 2 litres d'eau bouillie à 37°, quelques cuillerées à soupe de glycérine, ou l'un des paquets suivants :

Benzoate de soude............ 4 gr.

Pour un paquet n° X, faire dissoudre au moment de l'emploi.

4° Ranimer l'état général par des toniques: huile de foie de morue, phosphate de chaux, arsenic, fer, quinquina (1).

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la bronchite aiguë**, par le Dr André Lombard. (*Conc. Méd.*).

Survenant le plus souvent dans une saison humide et froide, la bronchite aiguë primitive constitue toute la maladie, où est symptomatique de la rougeole, de la coqueluche, ou de la fièvre typhoïde; elle est aussi parfois secondaire à une affection cardiaque, à l'arthritisme, au brightisme. Quand elle relève d'un de ces états morbides, ou est symptomatique d'une autre affection. Le diagnostic étiologique a une grande importance, non seulement pour le pronostic, mais pour le traitement, qui sera différent, selon que le malade sera atteint d'affection rénale ou cardiaque, de syphilis ou d'arthritisme, selon qu'il s'agira d'une bronchite à répétition ou d'une bronchite tuberculeuse, alors unilatérale et surtout localisée à un sommet. Nous ne nous occupons que du traitement de la bronchite simple ou prémonitoire d'une maladie infectieuse tant que le traitement de cette maladie ne prime pas celui de la bronchite ; traitement applicable aussi à l'inflammation bronchique occasionnée par des vapeurs irritantes.

Il y a, dans l'évolution de la bronchite, d'une durée de 12 à 15 jours environ, deux périodes: crudité et coction. La première est caractérisée par une toux sèche, quinteuse, exagérée par les mouvements, les efforts du malade pour par-

(1) *Consultations et Formulaire de thérapeut. gynécol.* (Maloine, éd., Paris).

ler, qui traduit une hyperexcitabilité de la muqueuse bronchique; l'expectoration est transparente, aérée; il y a un peu de dyspnée au moment des quintes de toux; la douleur est très modérée et consiste plutôt dans une gêne au niveau du sternum. Le malade a du coryza, de la trachéite de l'anorexie, une fièvre modérée; il se plaint de malaises; son sommeil est mauvais; les urines sont souvent diminuées de volume et un peu sédimenteuses. L'examen révèle une respiration un peu rude, souvent humée, et des râles sonores, ronflants et sibilants, disséminés dans toute la poitrine.

A cette période, le traitement consiste dans le repos au lit; il faut que le malade vive dans une atmosphère humide et chaude: sans courants d'air. L'humidité sera obtenue en faisant évaporer, sinon en permanence, du moins plusieurs heures par jour, de l'eau placée dans un récipient tel que la surface d'évaporation soit assez grande; ce récipient sera placé sur une lampe à alcool à flamme très basse. L'eau sera additionnée de feuilles d'eucalyptus, d'essence de térébenthine, de teinture de benjoin, ou d'une cuillerée à café d'un mélange dans le genre de celui-ci :

| | |
|---|---|
| Eucalyptol | 15 gr. |
| Gaïacol | 1 gr. |
| Menthol | 1 gr. |
| Teinture de benjoin | 30 gr. |
| Essence de térébenthine. Q.S.p. | 125 cmc. |

qui a un aspect légèrement trouble et qu'il faut agiter (1).

On en peut, au reste, varier les composants. Ce n'est pas seulement dans les bronchites que ces vapeurs humides et plus ou moins antiseptiques rendent des services; mais dans toutes les affections pulmonaires, elles facilitent singulièrement l'issue des crachats.

La respiration sera facilitée par la révulsion faite avec des ventouses sèches, avec des applications de sinapismes ou de cataplasmes sinapisés avec des frictions d'essence de térébenthine, ou avec des badigeonnages de teinture d'iode, qu'on recouvrira d'ouate. On calmera la fièvre avec une petite dose (0 gr. 20 à 0 gr. 30) de bromhydrate de quinine, associée ou non à une égale quantité de pyramidon, s'il y a de la douleur. Il faudra surtout calmer la toux; on y parviendra grâce à l'opium et ses dérivés; à l'eau de laurier-cerise, à l'aconit, à la belladone :

| | |
|---|---|
| Teinture de racines d'aconit (Codex 1908 | 0 gr. 75 |
| Eau de laurier-cerise (d°) | 8 gr. |
| Sirop diacode | 120 c.c. |

par cuillerées à soupe toutes les deux heures; à prendre avec une infusion chaude de tilleul. On facilitera l'expectoration en faisant absorber, dans les 24 heures, la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque | 4 gr. |
| Eau de laurier-cerise | 5 gr. |
| Sirop de codéine | 30 gr. |
| Eau distillée .Q.S.p. | 120 cmc. |

Mais les potions ont l'inconvénient de fatiguer l'estomac, de provoquer ou d'entretenir un malaise gastro-intestinal; il vaut parfois mieux les remplacer par un mélange comme celui-ci :

| | |
|---|---|
| Teinture d'aconit | 10 gr. |
| Eau de laurier-cerise | 80 gr. |

ou :

| | |
|---|---|
| Teinture de belladone | 10 gr. |
| Eau de laurier-cerise | 80 gr. |

dont on prendra chaque jour une ou deux cuillerées à café, diluées dans des infusions chaudes, par prises espacées, ou bien celui-ci :

| | |
|---|---|
| Teinture d'aconit | 3 gr. |
| Eau de laurier-cerise | 10 gr. |
| Eau chloroformée Q.S.p. | 60 c.c. |

dont on prendra 4 cuillerées à café par jour; elle durera 3 jours; on encore par des pilules :

| | |
|---|---|
| Codéine | 1 centigr. |
| Acide benzoïque | 0 gr. 03 |

en 1 pilule molle; en prendre 4 ou 5 par jour.

L'opium devra être banni de la thérapeutique chez les vieillards, et la belladone maniée avec prudence.

Il est important que les malades boivent beaucoup; les boissons chaudes (tilleul, eucalyptus, quatre-fleurs), faciliteront la diurèse et calmeront la toux. Le lait sera la base de leur alimentation; auquel on adjoindra du bouillon léger ou du bouillon de légumes.

A la période de coction, la toux constitue un phénomène salutaire; l'expectoration est devenue muco-purulente et jaunâtre et, si la bronchite s'est capillarisée, un peu striée de sang, les râles sont devenus plus humides; et, si le malade présente à l'une des bases un lieu de moindre résistance, la bronchite s'y localise parfois.

Avec une expectoration abondante ou difficile, un vomitif est souvent indiqué; on prescrira :

Poudre d'ipéca ...... 1 gr. 20 à 1 gr. 50

à diviser en 3 paquets, à prendre de 10 en 10 minutes avec une cuillerée à café d'eau tiède; sauf, bien entendu, chez les artério-scléreux, les cardiaques et les vieillards.

On conseillera utilement deux ou trois cachets de vingt à trente centigrammes de poudre de Dower auxquels on pourra associer chaque fois huit à dix milligrammes d'extrait d'aconit; ou bien le kermès, en pilules, ou en potion :

| | |
|---|---|
| Kermès | 0 gr. 15 |
| Eau de laurier-cerise | 2 gr. |
| Sirop de Tolu | 30 gr. |
| Eau distillée Q.S.p. | 150 c.c. |

à prendre par cuillerées à soupe dans la journée.

Quand les crachats deviennent plus rares et se détachent difficilement, on s'adresse au benzoate de soude, en même temps qu'aux balsamiques :

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude | 6 gr. |
| Teinture d'eucalyptus | 10 gr. |
| Eau de laurier-cerise | 8 gr. |
| Sirop de Tolu | 40 gr. |
| Eau distillée Q.S.p. | 152 c.m.c. |

dont on avalera quatre cuillerées à soupe par jour.

S'ils sont, au contraire, trop abondants, on prescrira la terpine, mais en se souvenant qu'elle n'est soluble que dans l'alcool :

| | |
|---|---|
| Terpine | 0 gr. 05 |
| Baume de Tolu | 0 gr. 05 |

en 1 pilule, en prendre 6 à 8 par jour; ou :

| | |
|---|---|
| Terpine | 2 gr. 50 |
| Benzoate de soude | 5 gr. |
| Eau-de vie | 60 gr. |
| Sirop de Tolu | 40 gr. |
| Eau distillée | 150 c.c. |

4 cuillerées à soupe par jour.

Il faudra prescrire les balsamiques avec précaution, car leur administration inopportune pourrait déterminer de nouvelles poussées congestives, surtout chez les congestifs ou les suspects de tuberculose, les artério-scléreux; la même remarque s'applique à la médication sulfureuse, dont nous ne parlons pas à dessein. Chez les scléreux, une petite dose (0 gr. 20 à 0 gr. 30) d'iodure de potassium ou de sodium a une action très heureuse pour rétablir la circulation pulmonaire; on le prescrira pendant 3 ou 4 jours.

A mesure que les symptômes se seront amendés, on autorisera une alimentation légère : crèmes, potages, purées de pommes de terre, etc.

**Traitement du choléra** (*Gaz. méd. de Nantes*).

L'évolution du choléra s'accomplit en trois périodes : la période de diarrhée prémonitoire, la période de choléra confirmé, la période de collapsus. Ces trois périodes comportent, chacune, des indications thérapeutiques spéciales :

*Première période*
*ou période de diarrhée prémonitoire*

Quand il existe une épidémie de choléra, tout individu atteint de diarrhée doit être tout d'abord soumis à la diète hydrique la plus rigoureuse.

De plus on fera prendre par demi-verre, toutes les heures et demie, la limonade lactique suivante :

| | |
|---|---|
| Acide lactique | 10 grammes |
| Elixir parégorique | 5 à 10 — |
| Sirop de sucre | 90 — |
| Alcoolat de citron | 2 — |
| Eau | 1.000 — |

*Deuxième période*
*ou période de choléra confirmé.*

A cette période, il s'agit de combattre plusieurs symptômes graves qui font leur apparition. Ces symptômes sont les suivants : les vomissements, les crampes, l'adynamie, l'algidité.

Contre les vomissements, il conviendra d'employer les boissons glacées que l'on fera prendre à petites doses : eau de seltz, champagne frappé, limonades.

Contre les crampes, il faudra appliquer des applications de sachets remplis de sable chaud, des applications de briques chaudes le long des membres. Mais le moyen le meilleur pour calmer les crampes sera l'usage des bains chauds. Ces bains devront être donnés aux environs de 37 à 38° toutes les trois heures et devront avoir une durée de dix minutes.

L'adynamie sera traitée par l'emploi de boissons alcooliques et de stimulants diffusibles. L'acétate d'ammoniaque uni à la liqueur d'Hoffmann sera de grande utilité. On pourra donner de demi-heure en demi-heure une cuillerée à café de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Liqueur d'Hoffmann | 2 grammes |
| Acétate d'ammoniaque | 10 — |
| Teinture de cannelle | 5 — |
| Cognac | 60 — |
| Hydrolat de mélisse | 60 — |
| Sirop de menthe | 30 — |

L'algidité sera traité par les bains chauds, les frictions excitantes sur tout le corps au moyen d'une flanelle imprégnée de liniment ammoniacal camphré, et surtout les injections sous-cutanées de sérum physiologique à la dose de 500 centimètres cubes toutes les douze heures.

Il conviendra de faire boire le plus possible le malade, afin d'activer le fonctionnement des reins et l'élimination des toxines.

A cette période, il conviendra d'arrêter l'opium et l'acide lactique.

*Troisième période ou période de collapsus.*

A la période de collapsus, il conviendra de continuer à employer les moyens que nous avons indiqués plus haut : boissons chaudes, frictions, bains chauds. Mais à ces médications, il faudra ajouter les injections intra-veineuses de sérum physiologique qui ont donné d'excellents résultats et qui constituent le moyen le plus sûr pour combattre les phénomènes de collapsus. Ces injections devront être faites dans une des veines du pli du coude. On injectera un litre et demi à deux litres de liquide et on pourra faire une ou deux injections par 24 heures.

## LES MÉDECINS ET LA BOURSE DU TRAVAIL

Le Syndicat de médecine sociale avait obtenu de la Commission administrative son admission à la Bourse du travail. — Le préfet de la Seine a annulé cette décision parce que l'article 3 du Syndicat de M. S. dit que le « Syndicat est ouvert à tous les médecins faisant de la clientèle et assujettis à la patente ». Les médecins ne sont donc ni ouvriers, ni employés et les lois de 1884 et décrets d'organisation de la Bourse ne sont pas pour eux.

(1) Le verser dans l'eau froide ou, du moins, à une certaine distance d'une flamme.

# Le Traitement de la Syphilis

M. Mouneyrat, professeur agrégé, a trouvé les lois biochimiques qu'il a dégagées dans ces dernières années; lois établissant les relations qui existent entre la constitution chimique des corps arsénicaux et leurs propriétés antisyphilitiques. Il a montré et déterminé avec précision les groupements atomiques qui augmentent ou diminuent l'action tréponomicide de l'arsenic. Cela fait, il a indiqué les moyens propres à désintoxiquer les molécules arsénicales antisyphilitiques. C'est en se basant sur ses recherches de plusieurs années, recherches conduites d'une façon absolument scientifique et systématique, qu'il est arrivé à faire la synthèse de l'hectine et de l'hectargyre (sel mercuriel de l'hectine).

M. Mouneyrat a montré que l'hectine (benzo-sulfone-para-amino-phénylarsinate de soude), ainsi que l'a établi expérimentalement le Dr Fouquet, tue le tréponème, agent infectieux de la syphilis. En outre, l'hectine ne se fixe pas dans les centres nerveux, ce qui explique son innocuité; qu'elle se localisait presque exclusivement dans la peau et les muscles, précisément dans les régions où siègent la plupart du temps les lésions d'origine syphilitique. L'action curative est remarquablement rapide à la période primaire sur le chancre induré, quels que soient son type et son siège à la période secondaire sur les éruptions cutanées ou muqueuses, sur les symptômes généraux et la céphalée, en particulier à la période tertiaire, sur les lésions superficielles ou profondes des différents organes ou tissus, qu'elles présentent le type gommeux, ulcéreux ou scléreux et sur les accidents nerveux.

Elle donne d'excellents résultats dans certains cas de tabès incipiens. En dehors de son action antisyphilitique, l'hectine relève très rapidement l'état général des malades.

## REVUE DE BIOLOGIE

**Urobactéries et réaction du neutral-roth**, par M. A. Rochaix, Chef des travaux d'hygiène, et M. A. Dufourt, Interne des hôpitaux *(Travail du laboratoire d'hygiène du professeur J. Courmont)* (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*).

Le milieu de Rothberger au rouge neutre est employé d'une façon courante pour rechercher le coli-bacille dans les eaux de boisson. Le virage de ce milieu au jaune avec fluorescence verte est considéré comme pathognomonique de la présence de ce microbe. Cependant on a signalé déjà plusieurs causes d'erreur. C'est ainsi que Rothberger lui-même signalait le tétanos et le bacille de l'œdème malin comme donnant aussi la réaction fluorescente. Ensuite Scheffler, Rochaix, Sicre indiquaient le pyocyanique, le Schottmüller et le Gærtner, le bacille fluorescent et certaines espèces familières des eaux, enfin le subtilis qui donne une belle fluorescence.

Au cours de diverses recherches effectuées dans le laboratoire de M. le professeur J. Courmont, nous avons isolé huit microbes qui appartiennent à la classe des uro-bactéries. De ces microbes, l'un provenait d'une urine de malade atteint de cystite, les autres avaient été trouvés dans du purin d'écurie on dans des urines fermentées et exposées aux contaminations atmosphériques.

Ces uro-bactéries, non décrites à ce qu'il semble, jouissent d'un certain nombre de propriétés intéressantes. C'est ainsi qu'elles liquéfient presque toutes la gélatine, certaines liquéfient même le sérum : quatre coagulent le lait ou l'alcalinisent : sept fabriquent de l'indol. Enfin elles se sont montrées pathogènes à des degrés divers pour le lapin et le cobaye.

Mais leur propriété la plus intéressante est le pouvoir qu'elles ont de faire virer le milieu de Rothberger. Ce semble être là une propriété constante de tous les microbes de la fermentation ammoniacale.

On sait d'autre part que le coli-bacille luimême peut faire fermenter l'urée et la transformer en carbonate d'ammoniaque. A ce point de vue là, il rentre dans le groupe des bacilles de la fermentation ammoniacale.

Le fait que les uro-bactéries donnent la réaction du rouge neutre, peut-il être une cause d'erreur dans la recherche du coli-bacille dans les eaux de boisson ?

Oui, si l'on se borne uniquement à cette réaction. Nous nous sommes mis à plusieurs reprises différentes, séparées par des laps de temps éloignés les uns des autres, dans des conditions analogues à celles de la recherche du coli-bacille dans les eaux. C'est ainsi que nous avons ensemencé dans du bouillon au neutral-roth 5, 10, 15 cc. d'eau stérilisée contenant en dilution quelques gouttes de cultures microbiennes appartenant aux espèces isolées. Nous avons placé le tout à l'étuve à 41°5 comme pour le coli. Et à chaque fois nous avons observé un virage complet au jaune avec fluorescence.

Mais, d'autre part, les uro-bactéries, ainsi que nous l'avons observé aussi, ne faisant pas fermenter les sucres, à de très rares exceptions près, on peut éviter la cause d'erreur qui résulte de leur présence dans les eaux, en unissant à la méthode de Rothberger celle d'Eijkman à la peptone glycosée, ainsi que le préconise Lacomme. Le microbe qui, faisant virer le rouge neutre, produira en même temps des gaz, pourra être presque sûrement considéré comme étant un coli-bacille.

En somme, si la réaction simple du rouge neutre perd de sa valeur spécifique, elle la voit au contraire renforcée en tant qu'elle indique une contamination des eaux par des excreta liquides ou solides, humains ou animaux.

De plus, le mécanisme de la réaction de Rothberger, jusqu'alors inconnu, semble pouvoir être justiciable d'explication. Tout d'abord, il nous a semblé qu'il fallait considérer dans cette réaction deux éléments différents, pouvant exister l'un sans l'autre : 1° la fluorescence verte visible par réflexion; 2° le virage au jaune visible par transparence.

Seuls les microbes faisant fermenter l'urée donnent la réaction complète, virage et fluorescence verte. Tous les autres (et a ce propos, nous avons expérimenté ceux qui, en dehors du coli-bacille, avaient été signalés comme agissant sur le neutral-roth) ne produisent que la fluorescence verte, sans virage au jaune canari.

Dès lors un rapprochement s'impose entre la propriété fermentative de l'urée d'une part et la propriété de faire virer le rouge neutre d'autre part. Est-ce que ce n'est pas à la présence d'ammoniaque dans les bouillons de rouge neutre qu'est dû le virage de ce milieu ?

Ceci nous paraît vraisemblable; et pour étayer cette opinion, voici des faits : 1° Les cultures de nos uro-bactéries au moment de leur isolement avaient une action puissante sur le neutral-roth. Elles jouissaient également d'une action fermentative des plus marquées sur l'urée. Le bacille n° 1 transformait en effet 66 gr. 50 d'urée en carbonate d'ammoniaque en 4 heures sous le volume de un litre. Avec le vieillissement des cultures au laboratoire, et après être restées près de deux mois sur le même milieu, ces uro-bactéries avaient perdu presque tout pouvoir fermentatif sur l'urée. Or, elles ne donnaient plus la réaction du neutral-roth de façon tout au moins appréciable. Les deux propriétés s'étaient éteintes ensemble.

2° Ces mêmes cultures, vieillies et sans action, furent transplantées sur divers milieux successivement, et en même temps qu'elles reprirent leur action sur l'urée, elles refirent virer le neutral-roth.

3° Des cultures vieillies qui ne font plus suffisamment d'ammoniaque aux détriments de leurs milieux pour agir de façon nette sur le rouge neutre, le font virer avec énergie si on ajoute un peu d'urée dans leur bouillon.

Donc il paraît à peu près certain que le virage an jaune du bouillon an neutral-roth est sous la dépendance d'une production momentanée d'ammoniaque.

**Études stalagmométriques. La tension superficielle de quelques sérums thérapeutiques et eaux minérales**, par M. H. Iscovesco.

Le sérum de Quinton, l'eau de mer, les eaux de Vichy et de Châtel-Guyon ont des tensions, superficielles de beaucoup inférieures à celles d'eaux artificielles qui leur seraient isotoniques. Or cette diminution de la tension superficielle joue un rôle très important dans la façon dont les eaux sont résorbées.

La baisse de tension tient certainement à la présence de colloïdes que l'auteur a antérieurement démontrée.

(*Soc. de Biol.*)

## REVUE D'HYGIÈNE SOCIALE

**Les maladies professionnelles et la loi de 1906 sur les indemnités ouvrières en Angleterre,** par M. le Dr Legge, médecin-inspecteur des manufactures en Angleterre. (*Congrès des maladies professionnelles*).

Le principe des indemnités ouvrières, en cas d'accident, a été étendu par la loi de 1906 aux maladies professionnelles. Vingt-quatre maladies sont visées dans cette loi. Il est, d'ailleurs, des formes d'intoxication et des maladies professionnelles qu'il semble surprenant de ne pas trouver dans cette liste, par exemple l'intoxication par l'hydrogène sulfureux, la fièvre des ouvriers sur cuivre, et la phtisie fibroïde, pour n'en citer que trois.

Voici quelles sont, pour l'Angleterre les maladies sujettes à réparations légales.

| *Nature de la maladie* | *Antécédents professionnels* |
|---|---|
| 1 Anthrax. | Maniement de la laine, des poils et des peaux. |
| 2. Intoxication par le plomb et séquelles. | Tout ce qui implique l'emploi du plomb, de ses préparations ou composés. |
| 3. Intoxication mercurielle et sequelles. | Tout ce qui implique l'emploi du mercure, de ses preparations et composés. |
| 4 Intoxication par le phosphore et séquelles. | Tout ce qui implique l'emploi du phosphore, de ses préparations ou composés. |
| 5. Intoxication arsenicale et sequelles. | Tout ce qui implique l'emploi de l'arsenic, de ses préparations ou composés. |
| 6. Ankylostomiase. | Travail des mines. |
| 7. Intoxication par le nitrobenzol et les amido dérivés de la benzine (dinitro-benzol, aniline, etc.) et séquelles. | Tout ce qui implique l'emploi du nitro-benzol, des amido-dérivés de la benzine, de leurs préparations ou composés. |
| 8. Intoxication par le bisulfite de carbone et séquelles. | Tout ce qui implique l'emploi du bisulfite de carbone, de ses préparations ou composés. |
| 9. Intoxication par les émanations nitreuses et séquelles. | Tous les cas où il y a production d'émanations nitreuses. |
| 10. Intoxication par le carbonyl de nikel et séquelles. | Tous les cas où il y a production de gaz de carbonyl de nickel. |
| 11. Intoxication par le Gonomia kamassi (buis africain) et séquelles. | Travail d'objets provenant du Gonomia kamassi. |
| 12. Ulcération par le chromo et séquelles. | Tout ce qui implique l'emploi de l'acide chromique, ou du bi-chromate d'ammonium, de potassium et de sodium, ou de leurs préparations. |
| 13. Ulcération eczémateuse de la peau produite par des poussières, et ulcération de la membrane muqueuse du nez et de la bouche produite par des poussières. | Neant. |
| 14. Cancer épithéliomateux ou ulcération de la peau, ou de la surface cornée de l'œil, dus à la poix, au goudron et composés de goudron. | Maniement et emploi de la poix, du goudron et des composés du goudron. |
| 15. Epithélioma scrotal (cancer des ramoneurs). | Ramonage des cheminées. |
| 16. Nystagmus. | Travail des mines. |
| 17. Glandes. | Soins donnes à des bêtes atteintes de glandes, maniement de leurs cadavres. |
| 18. Maladie par l'air comprimé et séquelles. | Tout travail fait dans l'air comprimé. |
| 19. Cellulite sous-cutanée de la main. | Travail des mines. |
| 20. Cellulite sous-cutanée au-dessus de la rotule. | Travail des mines. |
| 21. Bursite aiguë du coude. | Travail des mines. |
| 22. Inflammation des synoviales du poignet et des gaines du tendon. | Travail des mines. |
| 23. Cataracte des ouvriers verriers. | Tout travail dans les verreries impliquant exposition à l'éclat du verre fondu. |
| 23. Crampe des télégraphistes. | Emploi des instruments télégraphiques. |

**Réparation des maladies professionnelles,** par M. le Dr Teleky (de Vienne). (*Congrès des maladies professionnelles.*)

La réparation des maladies professionnelles devrait être basée sur les principes suivants :

Les autorités administratives dresseraient une liste des maladies professionnelles, c'est-à-dire des maladies propres à telle ou telle profession.

Les industriels formeraient des caisses, alimentées exclusivement par les cotisations patronales.

Les maladies professionnelles étant difficiles à reconnaître lorsqu'elles sont légères et à leur début, toutes les maladies devraient être couvertes, pendant un délai de carence déterminé, par l'assurance obligatoire.

Seuls seraient à charge des caisses contre les maladies professionnelles, les cas d'affections reconnues comme professionnelles à l'expiration de ce délai de carence.

Les ouvriers atteints de maladies professionnelles seraient indemnisés comme les victimes d'accidents. Le système anglais du « certifying surgeon » est à recommander.

## CARNET DU PRATICIEN

### Antisepsie de la bouche et de la gorge

*Irrigations, lavages*

Voici encore une antre solution antiseptique, non toxique :

| | |
|---|---|
| Borate de soude.......... | 4 gramme |
| Acide borique.......... | 3 — |
| Acide salicylique.......... | 5 — |
| Eau saturée d'es. de thym. | 1000 — |

Dr L. Portes.

ou :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude)..... | 50 grammes |
| Eau bouillie.......... | 1 litre |

Dr Roux.

*Savonnage*

On a aussi conseillé, comme moyen très efficace pour antiseptiser la bouche, le *savonnage*, pratiqué avec une brosse et du savon, du vulgaire savon de Marseille.

On rince ensuite avec une solution antiseptique, soit la précédente, soit celle-ci :

| | |
|---|---|
| Phénosalyl.......... | 3 grammes |
| Alcoolat de cochléaria...... | 25 — |
| Teinture de benjoin...... | XL gouttes |
| Essence de citron........ | V — |

Une cuillerée à café pour un verre d'eau bouillie tiède, ou cette antre formule :

| | |
|---|---|
| Alcoolat de cochléaria...... | 10 grammes |
| Teinture de quinquina..... | 4 — |
| — de cachou....... | 4 — |
| — de benjoin....... | 2 — |
| Eau de Botot.......... | 200 — |

Verser une certaine quantité de ce mélange dans un verre d'eau tiède et se rincer la bouche avec le tout.

Dr Gillet.

### Eczéma du cuir chevelu

Couper les cheveux ras, enlever les croûtes en appliquant des compresses humides recouvertes de taffetas ciré. On peut les ramollir, au préalable, avec de l'huile.

Dans l'eczéma aigu, suintant : pulvérisations et enveloppements chauds, émollients. L'inflammation disparue, appliquer :

| | |
|---|---|
| Naphtol. .............. | 1 à 4 grammes |
| Huile de foie de morue... | 50 — |
| Huile d'amandes douces.. | 50 — |

Dans les formes chroniques, pommade avec 5 à 15 parties de soufre pour 100 grammes de vaseline.

Dans l'eczéma ancien :

| | |
|---|---|
| Huile de cade.......... | 2 à 40 grammes |
| Extrait de Panama pour émulsionner ....... | Q. S. |
| Glycérolé d'amidon..... | 50 grammes. |

Dr Thibierge.

### Crayons intra-utérins

1° Crayons à l'iodoforme :

| | |
|---|---|
| Iodoforme.................. | 40 grammes |
| Gomme arabique.......... | 10 — |
| — adragante ........ | 10 — |
| Farine de seigle.... ...... | 20 — |
| Glycérine ... .. .......... | Q. S. |

Pour 100 crayons.

2° Crayons composés :

| | |
|---|---|
| Sulfate de cuivre..... ...... | 7 grammes |
| Iodoforme................ | 7 — |
| Ichtyol.. .... .. ...... .. | 3 — |
| Farine de seigle.. .......... | 10 — |
| Gomme adragante.......... | 5 — |
| Chlorhydrate de cocaïne...... | 0 gr. 60 |
| Glycérine.................... | Q. s. |



## POSTES MEDICAUX

### DEMANDES

*Il n'est donné de réponses que par lettres.*

**Docteur** reprendrait dans banlieue de Paris, poste 15 000 francs, paierait comptant. (437)

**Docteur** cherche poste moy. import. Seine-et-Oise, Loiret, Eure-et-Loir, Eure, Oise. (641)

**Docteur** cherche bon poste 10.000 tonchés Centre et Ouest, paierait comptant. (338)

**Docteur** d'un certain âge cherche clientèle près de petite ville, 8 à 12.000 Centre, Est, ou Paris. (142)

**Médecin Marine,** retraité 3 galons, cherche client. sérieuse Paris, quartier riche, paierait tout comptant. (443)

**Médecin dentiste** (diplôme médecin français), 44 ans, 20 ans de pratique, références de 1er ordre, demande à diriger ou poste d'opérateur dans important cabinet dentaire à Paris ou grande ville. Très au courant des opérations avec anesthésie. Dirigerait également atelier de prothèse même cabinet. (540)

**Médecin militaire** près retraite, traiterait de suite poste près Paris ou gra. ville, paierait comptant. (645)

**Docteur** disp. capitaux s'intéresserait ou prendrait suite maison santé, clinique ou spéc. sérieuse. (344)

**Docteur** en medecine et pharmacien cherche bon poste où il pourrait faire la pharmacie dans n'importe quelle région, paierait tout comptant, est assez pressé. (460)

**Jeune Docteur** ayant les deux diplômes de médecin et de pharmacien, ne voulant pas faire de clientèle, accepterait situation dans maison de spéc. phar. ou autres pr utiliser diplômes, (464)

### OFFRES

*Nous prions les confrères qui voudraient céder leurs clientèles, maisons de santé, cliniques, etc. et les pharmaciens qui cherchent des commanditaires pour leurs spécialités de nous écrire au Journal.*

**SEINE.** — Dans agréable localité, à céder poste donnant 15.000 francs touchés ; suscep. d'augm. peu de comptant et facilités pour le reste à doct. capable et actif. (842)

**EST.** — A céder de suite dans localité importante, clientèle facile de petit centre, à la campagne, 16.000 francs touchés, fixes 4.000 francs, demande 10.000 francs comptant, maison entière et jardin. (843)

**NIÈVRE.** — Poste sérieux donnant entre 16 et 20.000 francs touchés. Clientèle agréable et sûre, installation confortable avec cour, écurie, remise, etc., cède pour cause de maladie. Pressé. (844)

**EURE.** — Seul dans le pays, clientèle de 16 à 18.000 touchés, fixes 5.400 francs, céderait pour 15.000 francs comptant, cesse d'exercer. (845)

**ORNE.** — Campagne, région riche, 11.000 touchés 1.500 de fixes, céderait. Prix 4.000 fr. moitié comptant. (846)

**RÉGION DE L'OISE.** — Pays de culture et d'industrie, population à visiter 6 à 7.000 habitants, fait la pharmacie. Recettes 15.000 francs environ, cheval et voiture, loyer 700 francs, très grand jardin potager, installation confortable. Prix 5.500 francs dont 3.500 comptant. Cheval et voiturette à 4 roues, 1.200 francs. (847)

**ARDECHE.** — Seul pour une population de 8.000 habitants au moins. Recettes 9.000 francs (dont 1.200 de fixes) peuvent facilement être augmentées, confortable appartement etc., donné gratuitement par la commune, 1 auto. Indemnité demandée 3.500 francs, moitié comptant. Prix de l'auto à débattre. (848)

**PARIS.** — Clientèle donnant 14.000 francs touchés, augmentation certaine avec confrère actif, quartier populeux, appartement confortable, on céderait mobilier ou non matériel du cabinet ? comptant minimum demandé 10.000 francs. (916)

**SEINE-ET OISE.** — Localité bien desservie, clientèle très transmissible donnant 24.000 touchés, présentation à volonté. Prix à debattre, tout comptant. (936)

**CORREZE.** — Dans une grande ville, superbe installation moderne, important *cabinet dentaire* a fait 50.000 francs, loyer 1.500 francs, électricité et eau dans toute la maison. Prix à débattre selon comptant. Pressé, conditions avantageuses et facilités. (925)

**PARIS.** — Cause de maladie, dans beau quartier sur boulevard, clientèle de médecine et de gynécologie. Recettes 14 à 15.000, loyer peu élevé, à céder à des conditions très avantageuses. Il faut disposer de 8.000 comptant pour traiter. (920)

**VAR.** — A céder, pr cause de maladie, littoral médit., clientèle composée excl. d'hiver. donnant 15.000 francs touchés, de nov. à mai. Prix 8.000, très pressé. (832)

**HAUTE-SAONE.** — Excellente clientèle de chef-lieu de canton, très transmissible, 14 à 15.000 touchés, maison entière, jardin, remise, écurie, etc. Indemnité demandée 8.000 moit compt., cheval, voiture à la vol. du suc. (836)

**PARIS.** — Docteur, directeur de maison de santé chirurgicale située dans quartier riche, demande un Docteur ass. ou un comm. même non médecin. (807)

**PARIS.** — Clinique, installation luxueuse, dans quartier central, demande associe Docteur pour seconder le médecin directeur, apport à déb., gros bénéfices. (810)

*L'imprimeur soussigné certifie que ce numero a été tiré à 53.500 exemplaires*

Imp. Bourse de Commerce (G. Bureau), 33, rue J.-J.-Rousseau

*Gérant :* Docteur Lucien-Graux.

### SUR LE TRAITEMENT
DE LA
# Septicité gastro-intestinale
### ET DES DIARRHÉES INFANTILES

Par le Dr NIGOUL
Ancien interne de l'Hopital Péan,
Médecin des dispensaires des 1er et 2e arrondissements de Paris et des Postes et Télégraphes.

Dans nne précédente communication (1) nous avons montré les résultats obtenus avec un extrait pancréatique *inaltérable* dans la stéatorrhée et les troubles dyspeptiques par insuffisance du pancréas.

Nous allons aujourd'hui donner notre impression thérapeutique sur les effets de certains remèdes utilisés contre les dyspepsies par fermentation, qu'il s'agisse de troubles gastriques ou de troubles intestinaux, et chez l'enfant comme chez l'adulte.

Dans les services des divers dispensaires de la rue Baillif, nous avons essayé dans ces cas morbides un assez grand nombre de médicaments spécialisés envoyés par leurs auteurs, et plusieurs d'entre eux, véritablement, ne nous semblent pas donner de sérieux résultats.

D'après mes observations, il résulte que c'est à la fermentation oxygénée vanadique, à l'oxygène naissant produit dans le tube digestif lui-même qu'il faut surtout s'adresser quand on veut rapidement et énergiquement lutter contre la septicité gastro-intestinale et les symptômes fonctionnels et physiques, locaux et à distance, qu'elle occasionne.

Nous trouvons dans l'oxyol le moyen commode de réaliser cette fermentation oxygénée. Constitué par deux corps chimiques : l'un, *sel nouveau du vanadium* qui emprunte constamment à l'air atmosphérique son oxygène, l'autre substance réductrice, faisant dégager cet oxygène dans le tube digestif suivant les besoins de l'économie, ce ferment métallique possède des propriétés énergiquement désinfectantes et, en second lieu, reconstituantes globulaires.

« Si l'on met en présence deux corps, dit Traube, dont l'un est capable de s'emparer de l'oxygène de l'air et l'autre incapable de prendre l'oxygène libre, mais susceptible d'enlever au premier corps l'oxygène dont il s'est emparé, il suffit d'une quantité infiniment petite du premier pour déterminer l'oxydation lente d'une quantité indéfinie du second. Tel est l'oxyol. » (2)

Ainsi, en faisant absorber, après chaque repas, 10 gouttes de chacune des deux substances (réductrice, réduite), successivement, on détermine dans l'estomac et dans l'intestin (une partie du remède passant dans cet organe peu de temps après l'absorption) une production d'oxygène naissant immédiate, progressive, illimitée, et voilà réalisée une puissance antiputride considérable.

Les fermentations anormales disparaissent. Le météorisme plus ou moins douloureux, les « crampes d'estomac » les éructations, les renvois indoreux cessent. La sensation rapide d'appétit satisfait n'existe plus, la somnolence, les bouffées de chaleur, s'éloignent.

Tels sont les résultats que nous observons avec ce remède dans la dyspepsie gastrique par troubles putrides.

Lorsqu'il existe de la diarrhée par septicité intestinale ou par mauvaise alimentation, les résultats curatifs du ferment vanadique sont également manifestes et nous signalons surtout la nécessité de l'essayer à la dose de 4 à 6 gouttes, de l'une et l'autre substances, 3 fois par jour, chez les enfants même en bas âge qui ont de la diarrhée par mauvaises digestions ou par infection caractérisée (bacille de Lesage). Chez ces petits malades, en effet, nous avons obtenu assez souvent, de bons résultats et presque immédiats.

Dans l'hyperchlorhydrie, ce corps oxydant ne doit pas être, à notre avis, utilisé, car bien que dans cette maladie certains auteurs aient signalé une surproduction d'acide lactique (produit de fermentation) c'est plutôt l'acide chlorhydrique qui est en jeu, et alors nous parvenons à modifier l'état gastrique douloureux par l'absorption d'une ou de plusieurs cuillerées à café de la poudre alcalino-magnésienne formulée par Germain Sée.

Les effets antiputrides réels que la fermentation oxygénée vanadique détermine dans le tube digestif nous amènent à placer cette méthode médicamenteuse dans le groupe des agents de l'antisepsie gastro-intestinale. Et, tandis que ces agents sont tous plus ou moins nocifs pour l'état général et l'état local, l'oxyol est nettement sans danger, sans inconvénients. Il est bien toléré, quelle que soit la longueur du traitement suivi, et il n'amène pas des troubles secondaires fâcheux.

Pendant que nous l'utilisions dans les maladies gastro-intestinales, nous avons été amenés à observer, sous son influence, un relèvement de la nutrition et une amélioration de l'état général. L'oxygène naissant se fixant sur le globule, augmente sa valeur en oxyhémoglobine, il favorise aussi la multiplication des hématies, développe le nombre des hématoblastes et active les oxydations générales au sein des tissus. Voilà pourquoi, au cours du traitement, on observe que les muqueuses se colorent, que les troubles anémiques ou chlorotiques s'atténuent que l'appétit augmente, que les forces renaissent.

Nous n'avons pas encore étudié véritablement l'action reconstituante générale de ce remède. Elle existe cependant : elle est du domaine des oxydases, de ces substances encore mal définies, mais qui exercent sur les forces organiques, latentes ou manifestes une stimulation vitale réelle. Nous verrons plus tard de près sur quels résultats dynamiques permet de compter ce reconstituant globulaire, et, s'il y a lieu, nous en ferons le sujet d'une nouvelle communication.

Pour le moment, il résulte de nos observations personnelles que le praticien a intérêt dans les cas de septicité gastrique et intestinale, chez l'adulte et chez l'enfant, à utiliser ce ferment vanadique, producteur sans arrêt d'oxygène naissant qui détermine en même temps une *amélioration hématique* appréciable.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 2, 1910.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, n° 3, 1910.

# ÉCHOS

**La Gazette hebdomadaire.**

La *Gazette* redevient hebdomadaire à partir du 1er Janvier 1911. L'abonnement sera désormais de 10 francs pour la France et de 15 francs pour l'union postale.

**Association médicale internationale contre la guerre.**

Cette intéressante association, fondée en 1905 et dirigée par notre ami le Dr Rivière, vient de publier un gros ouvrage contenant les actes et manifestations diverses de cette œuvre humanitaire. Ses moyens d'action sont des plus importants; elle ne comprend pas moins de 10.000 membres groupés dans des Comités nationaux et elle exerce une action manifeste dans la tendance pacifiste qui tend à se faire jour dans la presse mondiale. Les médecins sont respectés et écoutés et leur parole peut avoir dans leur entourage une influence décisive. Il était très intéressant de réunir dans une même action aussi heureuse leurs efforts disséminés.

L'œuvre de Rivière doit être encouragée et les adhésions devraient être de plus en plus nombreuses. Les adhésions n'entraînent à aucun frais.

*Je soussigné* (nom et prénoms)

*désire faire partie de l'« Association médicale internationale pour aider à la suppression de la guerre » et donner mon adhésion au Congrès qui se tiendra en* 1911.

SIGNATURE ET ADRESSE COMPLÈTE :

Les adhésions à cette œuvre doivent être adressées au Président-Fondateur, le Dr J.-A. Rivière, 25, rue des Mathurins, à Paris.

## ...de gagner de l'argent

...MOINDRE RISQUE

### ...rtée de tout le monde

...touché à la Bourse, ceux qui ...spéculé sur les Rentes, les mines ...leurs à grands mouvements, savent ...aux ont été engloutis dans ces opé... ...s ruines elles ont causées.

Tenté une première fois, entraîné le plus souvent par la chance du début ou par un premier échec qu'il veut réparer, le spéculateur voit sombrer à bref délai la fortune qu'il voulait augmenter ou défendre.

Pour toute opération de Bourse, il est d'usage de faire, aux agents exécuteurs d'ordres, un dépôt de fonds ou de titres immédiatement négociables, appelé « couverture », en garantie des pertes éventuelles que l'on pourrait subir.

Le client passe ses ordres jusqu'à concurrence de l'importance de cette couverture et..... finit toujours par régler des différences plus ou moins fortes jusqu'au jour où, complètement ruiné, il jure, mais un peu tard, de ne plus à toucher à la Bourse.

S'il existait un moyen de ne jamais perdre son capital, on verrait les opérations de bourse centuplées et le rêve de chacun serait d'y faire fortune.

Ce rêve, le voici réalisé par l'ingénieuse combinaison que nous exposons ci-dessous et que nous mettons à la disposition de tous.

Ici, la perte du capital n'est plus possible, puisque le spéculateur le détient par devers lui et qu'il encaisse annuellement l'intérêt fixe.

Il ne pert être touché à ce capital, pour quelque cause que ce soit, en raison des opérations auxquelles se livrerait le spéculateur.

Dans ce but, nous conseillons à nos clients spéculateurs, ou désireux de le devenir, d'employer les capitaux destinés à la couverture, à l'achat d'obligations estampillées par la Société Civile de Remboursement et d'Amortissement de Paris.

Ces obligations émises par des Sociétés industrielles ou commerciales diverses, sont remboursables à *cent cinquante* francs par la Société Civile de Remboursement et d'Amortissement de Paris (par abréviation : S. C. R. A. P.) qui garantit en outre le paiement de l'intérêt fixe de trois francs par titre.

La S. C. R. A. P. a déposé, avec affectation spéciale, des Rentes d'Etat en garantie du remboursement et du paiement régulier de l'intérêt fixe annuel de ces obligations.

Donc, de ce côté, sécurité absolue de placement puisque, quoiqu'il advienne, le titre sera toujours remboursé à 150 francs et les intérêts toujours régulièrement payés.

Mais, ce qui caractérise encore ces obligations, c'est qu'il leur a été attribué une *fraction de dividende* leur donnant un droit de partage dans 50 0/0 des bénéfices de la Société qui les émet.

Le titre comporte donc des *coupons de dividende* à toucher chaque année, en supplément du coupon d'intérêt fixe.

C'est l'obligation à revenu variable, mais avec minimum garanti.

Le détenteur de titres de cette nature peut faire par notre intermédiaire l'opération suivante :

En supposant qu'il soit possesseur de vingt obligations, s'il consent à nous donner en garantie les *dix coupons de dividende* qui sont attachés à chacune de ces vingt obligations, nous lui consentirons une ouverture de crédit de 10.000 francs.

*Il est à remarquer que le client garde ses titres dans son coffre, qu'il garde et touche les coupons annuels d'intérêts fixes et qu'il n'abandonne que provisoirement les « coupons de dividendes » que peut distribuer éventuellement la Société qui a créé les titres.*

Au moyen de l'ouverture de crédit que nous lui consentons, le client pourra acheter 10.000 francs de valeurs cotées en Bourse à son choix.

Puis, il attendra le moment propice pour revendre ces valeurs et il encaissera la différence à son profit.

Si nous admettons que le client a acheté cent titres au cours de cent francs, pour employer ses dix mille francs de crédit, deux cas peuvent se présenter :

1° Hausse de la valeur :

Si le titre monte de 5 francs par exemple, son bénéfice brut est de $5 \times 100 = 500$ francs.

2° Baisse de la valeur :

Si les cours baissent, nous prenons toute la perte à notre charge mais nous liquidons d'office la situation dès qu'elle présente un déficit global de 1.000 francs.

Nous nous obligeons à ne jamais rien réclamer au client et nous nous contentons de l'abandon de tout ou partie des « coupons de dividende » suivant l'importance du déficit et à raison d'un coupon par 5 francs de perte.

En supposant l'opération en perte, qu'elle est la situation du client :

Il conserve toujours ses obligations dont il dispose comme bon lui semble et il continue à toucher ses coupons d'intérêt fixe.

Donc, même après une opération désastreuse, il n'a pas été touché à son capital ni aux intérêts de ce capital.

Nous n'admettrons seulement qu'un franc de hausse sur les valeurs qu'on suit particulièrement.

En supposant ce minimum, les cent titres achetés pourront rapporter cent francs par mois et au bout d'une année, un bénéfice brut de 1.200 francs, auxquels il convient d'ajouter :

1° Les intérêts ou dividendes de ces cent titres qu'on peut évaluer en moyenne à 5 0/0, soit 500 fr.

2° L'intérêt fixe des 20 obligations, soit $20 \times 3 = 60$ francs.

En suivant nos conseils, il ne peut que tirer des bénéfices certains.

*Banque générale de Placements garantis*, 48, boulevard Haussmann, à Paris.

UNE NOUVELLE MÉDICATION

DES

## Maladies du Cuir chevelu

On sait combien le praticien se trouve désarmé devant les cas de psoriasis, eczéma, teigne, herpès, impétigo, acné, sycosis et pelade.

Aucun remède n'agit d'une façon efficace et les pommades habituellement prescrites empoisonnent le voisinage par leur odeur désagréable sans amener de résultats appréciables.

Il est intéressant de faire connaître un nouveau produit que prépare M. Lemerle, pharmacien à Paimbœuf : le sebogène, qui donne d'excellents résultats comme le constateront les médecins qui voudront bien l'expérimenter.

C'est ainsi que le Dr Lepinay ayant expérimenté le sebogène sur un malade atteint de pelade aiguë a été absolument surpris de la guérison; un seul flacon a suffi pour faire disparaître toutes les plaques de la tête et du cou en un mois environ. Le Dr Guillaumin constate que le sebogène a obtenu un succès complet dans un cas de teigne faveuse, nettement caractérisée : godets jannâtres, croûtes d'un blanc sale, odeur *sui generis* de la chevelure, chute des cheveux, etc.

Le Dr Michel en a obtenu de bons effets dans l'herpès de la barbe. « Les croûtes et le gonflement de l'épiderme n'ont pas résisté au traitement et deux plaques de la grandeur d'une pièce de 50 centimes été garnies de poils en peu de temps.

Le Dr Faugère a obtenu un excellent résultat dans un cas de pelade rebelle à plusieurs traitements.

Nous pourrions multiplier ces observations, mais elles sont caractéristiques.

Le sebogène constitue une très bonne préparation qui permettra au médecin d'obtenir de bons résultats dans des affections très ingrates à traiter. M. Lemerle a d'ailleurs une méthode particulière qui lui permet d'activer singulièrement la repousse des cheveux après le traitement par le sebogène et il sera très heureux de la faire connaître à ceux de nos lecteurs que cette question pourrait intéresser.



**Montres médicales**

M. Auricoste, horloger de la marine de l'État et de l'Observatoire, 10, rue la Boétie, Paris, fournit des montres médicales d'une précision remarquable (maximum de variation : quelques secondes par mois), et d'une solidité garantie. Il envoie gratuitement la brochure détaillée *réservée* au corps médical et accepte par suite de son traité avec la *Gazette médicale de Paris* le paiement par mensualités.